

SO_GERICHTE VSBES.2022.40 vom 27. Januar 2022

SO Obergericht, 2022-01-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.40

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.40 du 27 janvier 2022

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.40 del 27 gennaio 2022

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 27. Januar 2022 eingetreten ist (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366).

1.3 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechts-sätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, welche damals in Kraft standen.

E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG).

2.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die Ärztinnen und Ärzte sowie gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 261 E. 4).

2.3 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG).

E. 3

3.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im gerichtlichen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236 f. m.w.H.) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 9C_360/2015 vom 7. April 2016 E. 3.1 mit Hinweis, 9C_662/2016 vom 15. März 2017 E. 2.2).

3.2 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3.b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 352 E. 3a). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

3.3 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nicht ohne zwingende Gründe von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.). Ein Abweichen ist dann angezeigt, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne

Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.). Vom Versicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte ist voller Beweiswert zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen kann dagegen nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_336/2015 vom 25. August 2015 E. 4.3 mit Hinweisen).

4. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 27. Januar 2022 (A.S. 1 ff.) das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente zu Recht abgewiesen hat. Es kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass die in der angefochtenen Verfügung abgewiesenen beruflichen Massnahmen durch die Beschwerdeführerin nicht beanstandet wurden und daher in Rechtskraft erwachsen sind. Für die Beurteilung der streitigen Frage sind im Wesentlichen die folgenden Akten relevant:

4.1 Dr. med. K.____, Neurochirurgie FMH, führte am 29. August 2017 eine Operation (Re-Fenestration L4/5 rechts mit Hemi-Laminotomie L5, Neurolyse Duralsack und Nervenwurzel, Entfernung des Discusfragmentes und Ausräumung von wenig Bandscheibengewebe aus dem Intervertebralraum L4/5 von rechts her, IV-Nr. 19.32) durch. Im Bericht vom 2. November 2017 betreffend die Nachkontrolle der Beschwerdeführerin vom 18. Oktober 2017 (IV-Nr. 19.20) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Status nach Re-Discectomie 4/5 rechts am 29. August 2017

Spondylarthrose L3/4

Nach wie vor zeige sich ein sehr protrahierter postoperativer Verlauf. Die Beschwerdeführerin sei nach wie vor kaum selbständig. Objektiv zeige sich ein mässiger, nach dieser Zeit noch üblicher, paravertebraler Muskelhartspann. Klinisch seien keine Anhaltspunkte mehr für eine relevante kompressive Radiculopathie zu sehen. Der nach wie vor sehr vorsichtigen Beschwerdeführerin sei eine Physiotherapie verordnet worden und sie sei ermutigt worden, ihre Belastungen nun sukzessive zu steigern und wieder ihren gewohnten Lebensalltag einzunehmen. Die Beschwerdeführerin arbeite in gekündigter Stellung als Kaminfegerin. Bei ihren Rückenleiden sollten allerdings auch langfristig keine Lasten mehr über 15 kg gehoben oder getragen werden, sodass hier eine Umschulung in Betracht gezogen werden sollte. Für eine leichte Arbeit könne ab Mitte November ein Arbeitsversuch halbtags durchgeführt werden mit dann Steigerung entsprechend der Klinik.

4.2 Nach der am 25. Mai 2018 durchgeführten Szintigraphie hielt PD Dr. med. L.____, Facharzt für Neurochirurgie, im Bericht vom 29. Mai 2018 (IV-Nr. 24.4 S. 5) fest, als einziges mögliches Korrelat für die anhaltende Lumboglutealgie könnte die Facettenarthrose L5/S1 rechts angesehen werden, so dass aufgrund des gegebenen Leidensdrucks empfohlen werde, die Beschwerdeführerin einem versierten Schmerztherapeuten zuzuweisen. Eine Indikation zu einer Reoperation werde nicht gesehen, da keine eindeutige radikuläre Symptomatik bestehe und keine eindeutige radikuläre Kompression nachgewiesen worden sei.

4.3 Der die Beschwerdeführerin seit Juni 2001 behandelnde Hausarzt med. prakt. F.____, Arzt für allgemeine Medizin, hielt im Arztbericht vom 5. November 2019 (IV-Nr. 38) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: «Chronifiziertes

Schmerzsyndrom mit lumbospondylogenen Schmerzen rechtsbetont» und «Depression». Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei ungünstig. Die Beschwerdeführerin befinde sich in gekündigter Anstellung. Es bestehe eine eingeschränkte Beweglichkeit, das Heben schwerer Lasten sei nicht möglich und nach einiger Zeit sei eine sitzende Tätigkeit auch schmerzhaft. Die Eingliederung sei schwierig.

4.4 Dr. med. E.____, Fachärztin für Allgemein- und Arbeitsmedizin, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 28. Januar 2020 (IV-Nr. 41 S. 2 f.) u.a. Folgendes fest: Chronisches Schmerzsyndrom mit depressiven Symptomen seit Unfallereignis 2016. Das Beschwerdebild sei nicht abschliessend einzuordnen: Einerseits werde ein Regress verneint, der anonyme «Facharzt für Neurochirurgie» aus dem Patientengutachten vom Januar 2020 sehe ebenfalls keinen Zusammenhang zwischen dem Unfall und den Beschwerden, dies werde anamnestisch jedoch durch den Wirbelsäulenchirurg Dr. med. M.____ in seinem Bericht Januar 2019 [31. Januar 2019, IV-Nr. 38 S. 12 f.] bestätigt. Zudem werde durch den Hausarzt eine depressive Symptomatik in seinem Bericht vom November 2019 beschrieben, ohne diesbezüglich Details (Medikation? Behandlung? Intensität?) zu nennen. Insofern sollte aus Sicht des RAD zur umfassenden Abklärung der medizinischen Situation eine polydisziplinäre Begutachtung (Psychiatrie, Rheumatologie und Neurologie) zur versicherungsmedizinischen Beurteilung der komplexen Schmerzsymptomatik erfolgen.

4.5 Im polydisziplinären Gutachten (Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Psychiatrie und Neurologie) der Gutachterstelle D.____ vom 2. Juli 2020 (IV-Nrn. 64.1 ■ 64.9) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (IV-Nr. 64.2 S. 6 f.).

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien:

Nach eingehender Konsensbesprechung seien die Gutachter zum Schluss gelangt, dass der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als Kaminfegerin seit dem 5. Dezember 2016 nicht mehr zumutbar sei. Gesamtmedizinisch bestehe in einer ideal adaptierten Tätigkeit ab November 2017 eine 60%ige Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 64.2 S. 10 f.). Aus den hier im Vordergrund stehenden rheumatologischen und psychiatrischen Teilgutachten ergibt sich Folgendes:

4.5.1 Dr. med. N.____, FMH Rheumatologie, diagnostizierte im rheumatologischen Teilgutachten vom 27. Mai 2020 (IV-Nr. 64.6) ein «chronisches Lumbovertebralsyndrom mit begleitender muskulärer Dysbalance im Bereich des Piriformis rechts und ansatzdiniotischen Beschwerden am Trochanter major rechts» mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die «muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits (Trapezius)» und die «Spreizfüsse» hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 11 f.). Entsprechend dem klinisch bestehenden Lumbovertebralsyndrom und der beschriebenen Schmerzsymptomatik sei die bisherige Tätigkeit als Kaminfegerin aus rheumatologischer Sicht nicht mehr zumutbar, da sie die funktionellen Auswirkungen nicht respektieren könne. Entsprechend den Ausführungen der Beschwerdeführerin habe sie zunächst nach dem Beginn der Beschwerden in der Kreuzregion am Unfalltag (einige Stunden nach dem Unfall) des 23. Septembers 2016 noch bis zum 4. Dezember 2016 gearbeitet, dies jedoch nur unter massivem Druck seitens des Arbeitsgebers. Danach sei es schmerzbedingt und wegen zusätzlichen Gefühlsstörungen im rechten Bein beim Autofahren nicht mehr gegangen. Entsprechend gelte die Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab dem 5. Dezember 2016, dies andauernd. Eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere und

rückenadaptierte Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin noch zumutbar, dies unter der Beurteilung, dass ein Teil der beschriebenen Beschwerden nicht somatisch begründbar sei. Es bestünden keine objektivierbaren oder messbaren Parameter, die den Anteil des nicht-somatischen Beschwerdebildes beziffern könnten. Es handle sich hier um eine Schätzung entsprechend dem Gesamteindruck unter Berücksichtigung der Aktenlage, der anamnestischen Angaben und der aktuellen klinischen Untersuchungsbefunde. Insgesamt werde die medizinisch-theoretische Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer rückenadaptierten leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeit auf 60 % geschätzt. Zunächst habe auch in einer adaptierten Tätigkeit ab dem 5. Dezember 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Obwohl die Beschwerdeführerin beschrieben habe, dass es ihr nach den Operationen vom 4. Juli und 29. August 2017 schlechter gegangen sei als vorher, werde die Arbeitsfähigkeit von 60 % in einer adaptierten Tätigkeit unter Berücksichtigung der oben gemachten Ausführungen ab zwei Monate nach der zweiten Operation, d.h. ab November 2017, geschätzt. Anlässlich des stationären Rehabilitationsaufenthalts in der Klinik O.____ vom 24. April bis 14. Mai 2019 habe natürlich auch in einer adaptierten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden, ansonsten gelte die Angabe einer 60%igen Arbeitsfähigkeit seit November 2017 (S. 16 ff.).

4.5.2 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 11. Juni 2020 (IV-Nr. 64.5) wies Dr. med. P.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eine «subdepressive Störung oder leichte reaktive depressive Störung (ICD-10 F32.0)» als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus (S. 10). Die Beschwerdeführerin sei allenfalls aufgrund des psychischen Zustandes als allgemein vermindert belastbar einzustufen, doch sollte sie eine ähnliche Tätigkeit wie bisher durchführen, wenn diese vorgegeben sei und die Beschwerdeführerin nicht die alleinige Verantwortung übernehmen müsse. Aus psychiatrischer Sicht sei bis anhin nie eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden (S. 12).

4.6 Dr. med. E.____, RAD, hielt in der Stellungnahme vom 26. August 2020 (IV-Nr. 71) fest, das Gutachten der Gutachterstelle D.____ sei nachvollziehbar und schlüssig: Seit dem Unfall vom 23. September 2016 bestehe für die angestammte Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Zunächst habe auch in einer adaptierten Tätigkeit ab dem Unfallereignis eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Obwohl die Beschwerdeführerin beschrieben habe, dass es ihr nach den Operationen vom 4. Juli und 29. August 2017 schlechter gegangen sei als vorher, schätze Dr. med. N.____ die Arbeitsfähigkeit von 60 % in einer adaptierten Tätigkeit ab zwei Monate nach der zweiten Operation, d.h. ab November 2017. Anlässlich des stationären Rehabilitationsaufenthaltes in der Klinik O.____ vom 24. April bis 14. Mai 2019 habe natürlich auch in einer adaptierten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden, ansonsten gelte die Angabe einer 60%igen Arbeitsfähigkeit seit November 2017. Somit bestehe gesamtmedizinisch in einer ideal adaptierten Tätigkeit ab November 2017 eine 60%ige Arbeitsfähigkeit.

Im Gutachten werde der 5. Dezember 2016 als Beginn der Arbeitsunfähigkeit erwähnt. Dies könne aus Sicht des RAD wegen des Unfallereignisses und der folgenden medizinisch nicht zumutbaren Arbeitsfähigkeit nicht bestätigt werden. Eine Arbeitsaufnahme sei nicht aus medizinischen Gründen, sondern auf massiven Druck seitens des damaligen Arbeitgebers erfolgt.

4.7 Med. prakt. F.____ äusserte sich am 7. September 2020 zum polydisziplinären Gutachten vom 2. Juli 2020 (IV-Nr. 76 S. 11 f.). Die Beschwerdeführerin habe ihm

handschriftliche Dokumente mit Notizen über anamnestische Angaben überreicht, welche sie offenbar während der Exploration so nicht angegeben habe. Die Angaben zeigten, dass die Begutachtung und Aktenlage nicht sorgfältig aufgenommen worden seien. Zu den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit müsse festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der invalidisierenden Schmerzen thorako-lumbovertebral und gluteal die Arbeit als Kaminfegerin unter keinen Umständen wieder aufnehmen können. Eine Arbeitsaufnahme zu 60 % von leicht- bis mittelschweren Arbeiten habe infolgedessen auch nicht ab November 2017 aufgenommen werden können, insbesondere da die Beschwerdeführerin zunehmend eine Depression entwickelt und Psychopharmaka erhalten habe. Aufgrund der starken Schmerzmedikamente (Opiate) sei eine Aufnahme der Arbeitstätigkeit nie möglich gewesen. Die depressive Störung habe folglich eine erhebliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gehabt. Dem Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Umschulung resp. Wiedereingliederung in die Arbeitswelt müsse entsprochen werden, insbesondere da sie dazu sehr motiviert sei. Das polydisziplinäre Gutachten sei fehlerhaft und werde den Ansprüchen und Bedürfnissen der Beschwerdeführerin nicht gerecht, weshalb sich Dr. med. F.____ mit der Beurteilung des Gutachtens nicht einverstanden erklären könne.

4.8 Dr. med. E.____, RAD, ging in ihrer Stellungnahme vom 2. Dezember 2020 (IV-Nr. 90 S. 2) auf die Einwände des Vertreters der Beschwerdeführerin vom 20. November 2020 (IV-Nr. 87) ein. Aus Sicht des RAD könne dem Einwand, wonach nach wie vor bestritten werde, dass die Beschwerdeführerin seit 1. November 2017 im Umfang von 60 % einer Verweistätigkeit habe nachgehen können bzw. könne, nicht gefolgt werden: Es entspreche der Natur einer versicherungsmedizinischen Begutachtung, dass diese aus versicherungsmedizinischer Sicht (und somit unter Ausklammerung IV-fremder Faktoren) erfolge, die gegebenenfalls abweichend von der «ganzheitlichen» Betrachtungsweise der Behandler sei. Die neutrale versicherungsmedizinische Beurteilung sei durch den Gesetzgeber gefordert, weshalb der Rechtsvertreter dieses Vorgehen als unseriös und willkürlich bezeichne, sei nicht nachvollziehbar.

Eine nicht spezifisch quantifizierte «allgemein verminderte Belastbarkeit» per se sei aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht mit einer automatischen Arbeitsfähigkeits-Relevanz gleichzusetzen, dies in Hinblick einerseits auf die Quantifizierbarkeit der Einschränkung bzw. deren Ausprägung betreffend die Arbeitsfähigkeits-Relevanz. Zum anderen müsse die IV-Relevanz dieser Beschwerden geprüft werden. Im Gutachten würden diesbezüglich keine psychiatrischen Diagnosen gestellt. Wie dem Rechtsvertreter zudem bekannt sein dürfte, seien auch ICD-10 relevante Diagnosen nicht automatisch Arbeitsfähigkeits-relevant, daher werde in den Gutachten die Unterscheidung zwischen Diagnosen mit und ohne Arbeitsfähigkeits-Relevanz gefordert. Zudem lasse der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin deren psychopathologische Gesamtschau ausser Acht: Neben der benannten unspezifischen allgemeinen verminderten Belastbarkeit erwähne der psychiatrische Gutachter u.a., dass bei der Beschwerdeführerin relevante Ressourcen bestünden: «Die Explorandin ist grundsätzlich in der Lage, auf ihre Fähigkeiten und Funktionen zurückzugreifen, auch die Ressourcen anzuwenden.» Es bleibe zudem abschliessend zu erwähnen, dass seitens der Beschwerdeführerin offensichtlich kein wesentlicher Leidensdruck in psychischer Hinsicht bestehe, um allfällige Beschwerden durch eine entsprechende Therapie in der Vergangenheit behandeln zu lassen.

Zusammenfassend würden durch den Einwand medizinischerseits keine neuen Tatsachen geltend gemacht. An der ursprünglichen RAD-Stellungnahme könne weiterhin festgehalten werden.

5. Da die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 27. Januar 2022 (A.S. 1 ff.) im Wesentlichen auf das Gutachten der Gutachterstelle D.____ vom 2. Juli 2020 (vgl. E. II. 4.5 hiervor) abgestellt hat, ist nachfolgend auf dieses einzugehen und zu prüfen, ob es eine hinreichende Entscheidungsgrundlage bildet.

5.1 Die Ausführungen und Einschätzung der Gutachter bezüglich der angestammten Tätigkeit der Beschwerdeführerin stimmen mit den Beurteilungen der übrigen Ärzte überein: So hielt bereits der Neurochirurg Dr. med. K.____ im Rahmen der Nachkontrolle vom 18. Oktober 2017 bezüglich der am 29. August 2017 durchgeführten Operation fest (vgl. E. II. 4.1 hiervor), die Beschwerdeführerin befinde sich in gekündigter Stellung als Kaminfegerin. Anschliessend legte er dar, dass sie aufgrund ihrer Rückenleiden jedoch auch langfristig keine Lasten mehr über 15 kg heben oder tragen sollte und daher eine Umschulung in Betracht gezogen werden sollte. Gestützt auf diese Ausführungen ist davon auszugehen, dass Dr. med. K.____ die bisher durch die Beschwerdeführerin ausgeübte berufliche Tätigkeit als Kaminfegerin aufgrund der Rückenproblematik als nicht geeignet erachtet. Auch der Hausarzt med. prakt. F.____ ging im Arztbericht vom 5. November 2019 (vgl. E. II. 4.3 hiervor) von einer eingeschränkten Beweglichkeit aus und hielt weiter fest, dass der Beschwerdeführerin das Heben und Tragen schwerer Lasten nicht möglich und nach einiger Zeit auch eine sitzende Tätigkeit schmerzhaft sei. Unter diesen Umständen vermag die im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens der Gutachterstelle D.____ festgehaltene Beurteilung zu überzeugen, wonach der Beschwerdeführerin aufgrund des diagnostizierten «chronischen Lumbovertebralsyndroms mit begleitender muskulärer Dysbalance im Bereich des Piriformis rechts und ansatztendinotischen Beschwerden am Trochanter major rechts» die angestammte Tätigkeit als Kaminfegerin nicht mehr zumutbar sei. Es finden sich denn auch keine dieser gutachterlichen Einschätzung widersprechenden fachärztlichen Beurteilungen.

5.2 In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit ergeben sich aus den zeitlich vor dem Gutachten der Gutachterstelle D.____ erstatteten medizinischen Berichte keine konkreten Einschätzungen. Im polydisziplinären Gutachten wird diesbezüglich festgehalten, die Beschwerdeführerin sei in einer ideal adaptierten Tätigkeit ab November 2017 zu 60 % arbeitsfähig. Da sich gemäss dem polydisziplinären Gutachten einzig die Diagnose «chronisches Lumbovertebralsyndrom mit begleitender muskulärer Dysbalance im Bereich des Piriformis rechts und ansatztendinotischen Beschwerden am Trochanter major rechts» auf die Arbeitsfähigkeit auszuwirken vermag, ist diesbezüglich auf das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. N.____ vom 27. Mai 2020 (vgl. E. II. 4.5.1 hiervor) einzugehen. Der rheumatologische Experte hielt fest, eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere und rückenadaptierte Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin noch zumutbar, dies unter der Beurteilung, dass ein Teil der beschriebenen Beschwerden nicht somatisch begründbar sei. Es bestünden keine objektivierbaren oder messbaren Parameter, die den Anteil des nicht-somatischen Beschwerdebildes beziffern könnten. Es handle sich hier um eine Schätzung entsprechend dem Gesamteindruck unter Berücksichtigung der Aktenlage, der anamnestischen Angaben und der aktuellen klinischen Untersuchungsbefunde. Insgesamt werde die medizinisch-theoretische Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer

rückenadaptierten leichten bis mittelschweren Tätigkeit auf 60 % geschätzt. Diese Einschätzung des Rheumatologen vermag nicht zu überzeugen. So erhellt aus dem Gutachten insbesondere nicht, weshalb die Beschwerdeführerin in einer ideal angepassten Tätigkeit lediglich zu 60 % tätig sein sollte und ihr nicht ein höheres Arbeitspensum zuzumuten ist. Der diesbezüglich pauschale Verweis des rheumatologischen Gutachters auf den Gesamteindruck ändert daran nichts. So fehlt es an einer konkreten und nachvollziehbaren Auseinandersetzung mit der Aktenlage, den anamnestischen Angaben und den aktuellen klinischen Untersuchungsbefunden, auf welche sich der rheumatologische Experte hier bezieht. Demzufolge vermag die auf 60 % bezifferte Arbeitsfähigkeit nicht zu überzeugen.

Es kommt hinzu, dass im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens vom 11. Juni 2020 (vgl. E. II. 4.5.2 hiervor) eine «subdepressive Störung oder leichte reaktive depressive Störung (ICD-10 F32.0)» diagnostiziert wurde, der indes kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zukomme. Dies, obschon der psychiatrische Gutachter Dr. med. P. ___ festhielt, die Beschwerdeführerin sei «allenfalls» aufgrund des psychischen Zustandes als «allgemein vermindert belastbar» einzustufen. Er ging jedoch nicht weiter darauf ein. Gestützt auf diese somit relativ vage gehaltene gutachterliche Einschätzung des Experten bleibt einerseits unklar, ob bei der Beschwerdeführerin überhaupt eine allgemein verminderte Belastbarkeit besteht und andererseits, ob sich diese auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auszuwirken vermag. Daran vermag auch die Stellungnahme der RAD-Ärztin vom 2. Dezember 2020 (vgl. E. II. 4.8 hiervor) nichts zu ändern. So ging Dr. med. E. ___ lediglich in generell-abstrakter Weise auf die im Gutachten ausgewiesene «allgemein verminderte Belastbarkeit» ein, wobei sie festhielt, diese sei nicht per se automatisch mit einer Arbeitsfähigkeits-Relevanz gleichzusetzen. Es bestünden bei der Beschwerdeführerin zudem auch relevante Ressourcen. Diese Darlegungen vermögen indes die Unklarheiten im psychiatrischen Teilgutachten nicht aus dem Weg zu räumen. In diesem Sinn hat auch die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 27. Januar 2022 (A.S. 2) festgehalten, es könne der vom rheumatologischen Experten postulierten 40%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit nicht gefolgt werden (A.S. 2 ff.).

5.3 Es ist zusammenfassend davon auszugehen, dass sowohl der medizinische Sachverhalt als auch die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der hier angefochtenen Verfügung vom 27. Januar 2022 nicht hinreichend abgeklärt waren. So hielt auch der Hausarzt med. prakt. F. ___ in seiner Stellungnahme zum Gutachten vom 7. September 2020 (vgl. E. II. 4.7 hiervor) fest, er könne sich mit der Beurteilung des Gutachtens nicht einverstanden erklären. Unter diesen Umständen überzeugt auch die allgemein gehaltene Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. E. ___ vom 26. August 2020 (vgl. E. II. 4.6 hiervor) nicht, wonach das Gutachten der Gutachterstelle D. ___ nachvollziehbar und schlüssig sei. Da auch die übrigen medizinischen Vorakten nicht ausreichen, um allein gestützt darauf den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin mit hinreichender Zuverlässigkeit beurteilen zu können, kam das Versicherungsgericht nicht umhin, ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten zu veranlassen. Dieses wurde mit Verfügung vom 30. März 2023 (A.S. 41 ff.) in Auftrag gegeben

6. Aufgrund der in E. II. 5 hiervor genannten Unklarheiten wurde von Seiten des Versicherungsgerichts am 30. März 2023 bei Dr. med. G. ___, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dr. med. H. ___, Facharzt für Neurologie FMH,

und Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Gutachterstelle J.____, ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten veranlasst (A.S. 41 ff.), das sodann am 3. April 2024 (A.S. 49 ff.) erstattet wurde. Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurden folgende Diagnosen mit kurzer Darstellung der aus den Befunden resultierenden Funktionseinschränkungen gestellt (A.S. 82 f.):

Aus orthopädischer Sicht sei die Beschwerdeführerin mindestens in der Lage, leichte bis mittelschwere, teilweise mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis 15 kg, kurzzeitig darüber hinaus bis 25 kg, in rückenschulgerechter Haltung im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen zu verrichten. Vermieden werden sollten überwiegend mittelschwere und schwere Tätigkeiten, längere Körperhaltung ausserhalb des Körperlotes, ruckartige Bewegungen, ständiges nach vorne Neigen des Oberkörpers sowie ständige Rotation der Lendenwirbelsäule und Erschütterungen. Die Beschwerdeführerin sollte keiner Kälte-, Nässe- und Zugexposition ausgesetzt werden, gegebenenfalls sollte sie der Temperatur angepasste Kleidung tragen. Zusätzliche Einschränkungen aus neurologischer als auch psychiatrischer Sicht seien nicht begründbar. Es seien zwar Persönlichkeitsakzentuierungen und ehemals auch arbeitsplatzbezogen ein Konflikt zu beschreiben. Jedoch könnten keine versicherungspsychiatrisch relevanten Störungsdiagnosen objektiviert werden (A.S. 63). Die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen Tätigkeit als Schornsteinfegerin EFZ zu 80 % arbeitsfähig. Diese Bewertung sei überwiegend wahrscheinlich auch retrospektiv so zu betrachten. Ausgenommen seien nur die Zeiten stationärer Massnahmen und auch die Rekonvaleszenz nach der LWS-OP von Juli / August 2017, welche mit circa maximal drei Monaten zu berechnen sei. In einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hinsichtlich Anwesenheitszeit und Leistungsfähigkeit begründet werden. Die Arbeitsfähigkeit betrage 100 % (Arbeitsunfähigkeit 0 %, A.S. 64 f.).

6.1 Das Gutachten der Gutachterstelle J.____ geniesst vollen Beweiswert, entspricht es doch sämtlichen Anforderungen der Rechtsprechung (vgl. dazu E. II. 3.2 hiervor): Es stammt von unabhängigen Fachärzten der einschlägigen medizinischen Disziplinen, welche fachlich qualifiziert sind, die gesundheitliche Situation und die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu beurteilen. Weiter haben die Gutachterpersonen die Beschwerdeführerin zu ihren subjektiven Beschwerden, ihren Lebensumständen sowie ihrer Vorgeschichte befragt, die objektiven Befunde erhoben und die wesentlichen Akten zur Kenntnis genommen. Auf dieser Grundlage befassten sich die einzelnen Gutachterpersonen sodann mit dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. In der interdisziplinären Besprechung gelangten sie sodann zu einer gemeinsamen Beurteilung (vgl. A.S. 49 ff.), welche vor dem Hintergrund der objektivierbaren Befunde nachvollziehbar ist. Schliesslich legten die Gutachterpersonen überzeugend dar, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Kaminfegerin 80 % und in jene in einer angepassten Tätigkeit 100 % betrage.

6.2 Es ist nachfolgend auf die mit Eingabe vom 31. Mai 2024 (A.S. 240 f.) durch die Beschwerdeführerin geltend gemachten Vorbringen betreffend das Gutachten der Gutachterstelle J.____ einzugehen und zu prüfen, ob diese dessen Beweiswert allenfalls zu schmälern vermögen:

6.2.1 Die Beschwerdeführerin lässt zum einen vorbringen, sie fühle sich «diskriminiert», da ihr die Beschwerdegegnerin die ursprünglich auf einer Basis eines Invaliditätsgrades von 57 % zugesprochenen Rentenleistung nun streichen wolle (A.S. 240). Diesbezüglich ist

festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin in ihrem ersten Vorbescheid vom 8. Oktober 2020 (IV-Nr. 72) aufgrund eines errechneten Invaliditätsgrades von 57 % ab 1. September 2017 eine halbe Invalidenrente in Aussicht gestellt hat. Dabei stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf die Einschätzungen im Gutachten der Gutachterstelle D.____ vom 2. Juli 2020 (IV-Nrn. 64.1 ■ 64.9). Wie in E. II. 5 hiervor erläutert, weist dieses Gutachten jedoch Mängel auf, weswegen sich das Versicherungsgericht veranlasst sah, ein Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben. Unter diesen Umständen kann ■ entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ■ die Beschwerdegegnerin nicht auf den im ersten Vorbescheid vom 8. Oktober 2020 errechneten Invaliditätsgrad von 57 % behaftet werden.

6.2.2 Im Weiteren stellt sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, sie werde im Gutachten der Gutachterstelle MEDAS (gemeint: J.____) als «Simulantin» hingestellt, was sie verletze. Weil diese Einschätzung dem vorherigen D.____-Gutachten widerspreche, könne nicht auf das Gerichtsgutachten abgestellt werden (A.S. 241). Dazu lässt sich Folgendes festhalten: Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung der Gutachterstelle J.____ vom 3. April 2024 (A.S. 49 ff.) wird unter dem Titel «Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität» u.a. ausgeführt, es ergäben sich multiple und erhebliche Hinweise auf negative Antwort- und Leistungsverzerrung, welche in der Gesamtbetrachtung mindestens die Kriterien einer erheblichen Aggravation erfüllten. Anschliessend wurde auf die detaillierten Ausführungen im neurologischen Gutachten verwiesen. Auch im orthopädischen Gutachten sei ■ gleichermassen wie im neurologischen Gutachten ■ die funktionale Befunderhebung durch eine sehr erhebliche suboptimale Anstrengungsbereitschaft und Limitierung eingeschränkt gewesen. Das Verhalten der Beschwerdeführerin während der klinischen Untersuchung und ausserhalb davon sei gemäss den Gutachtern gravierend divergent und als nicht authentisch zu bewerten (A.S. 60). Diese gutachterlichen Einschätzungen überzeugen, da die Gutachter anschliessend beispielhaft auf die gemäss Beschwerdeführerin schwerstgradige und dauerhaft mit VAS 9.5 / 10 bezeichnete Schmerzsymptomatik (Rücken, Ausstrahlung rechtes Bein) eingingen und in nachvollziehbarer Weise darzulegen vermochten, dass dies in keiner Weise plausibel sei. In diesem Zusammenhang wiesen die Gutachter auf fehlende affektive und vegetative Schmerzkorrelate hin, auf den nicht nachvollziehbaren weitgehend völlig therapieresistenten Verlauf aller Massnahmen (weder LWS-OPs Juli bis August 2017, noch stationäre Rehabilitation 2019, noch sämtliche ambulanten konservativen Therapiemassnahmen inkl. diversen Infiltrationen) und auf die Tatsache, dass längst keine Therapie mehr durchgeführt werde (weder erfolgten spezialärztliche Konsultationen noch pharmakologische Behandlungen, so auch keine Analgetika- oder Psychopharmakaeinnahmen). Die von der Beschwerdeführerin angegebenen starken Schmerzen seien im weiteren nicht plausibel angesichts der pathophysiologisch lediglich vergleichsweise leichten bis moderaten degenerativen LWS-Veränderungen, die auf übliche konservative Therapie durchaus ansprechen müssten, auch angesichts pathophysiologisch fehlenden objektivierbaren Hinweisen auf neuropathische Schmerzanteile, ausweislich von völlig normalen aktuellen EMG-Befunden für die allenfalls in Frage kommenden Myotome L5 und S1 und zudem bei unauffälligem Tibialis-SEP-Befund rechts. Zudem fehlten in klinisch-neurologischer Sicht objektivierbare Auffälligkeiten im sensomotorischen sowie Reflexstatus bei Diskrepanz des Partizipationsniveaus, wobei die Beschwerdeführerin immerhin in der Lage sei, Auto zu fahren (trotz behaupteter extremster Schmerzen und angegebener Gedächtnisstörungen). Massiv auffällig seien zudem die Waddell-Zeichen

(5 / 5). Hinzuweisen sei auch auf die ■ abhängig von der Untersuchungssituation oder ausserhalb derer ■ variablen Befunde im orthopädisch klinischen Befund. Im Weiteren nahmen die Gutachter auf das psychiatrische Teilgutachten Bezug und führten aus, dass auch psychiatrisch die Darstellungen im Beschwerdevalidierungsverfahren SSFS in erheblicher Weise negativ verzerrt seien, dies sowohl in der Gesamtbetrachtung als auch praktisch in allen Subskalen, was auf eine nicht authentische Beschwerdepräsentation hinweise. Zudem wurde u.a. festgehalten, dass die Beschwerdeführerin trotz den Angaben über einen sehr schlechten Schlaf mit maximaler Schlafdauer von 2 ■ 3 Stunden pro Nacht in ihrer Aufmerksamkeit, Konzentration und Ausdauer unauffällig, wach, ohne erkennbare Müdigkeit, wirke. Auch die von ihr angegebenen, in der Nacht in regelmässiger Abfolge auftretenden, stereotypen und repetitiven auditiven Phänomene als Schlafunterbrecher wirkend, erschienen in der geschilderten Form und Häufigkeit weder nachvollziehbar noch glaubhaft (A.S. 60 f.). Schliesslich hielten die Gutachter fest, es sei bei der Beschwerdeführerin mindestens allein schon aufgrund der Inkonsistenzen im psychiatrischen Gutachten von einer Verdeutlichung bis Aggravation auszugehen. Unter Einbezug der erheblichen Widersprüche aus somatischer Sicht seien die Kriterien eines Malingering erfüllt. Betrachte man die Bianchini-Kriterien, welche aus den Slick-Kriterien zur Diagnose von Malingering bezüglich schmerzbezogener Behinderungen weiterentwickelt worden seien, seien gemäss den Gutachtern alle Kriterien für die Annahme einer Aggravation erfüllt (A.S. 61 f.). Gestützt auf diese Ausführungen leuchtet ein, dass die Gutachter der Gutachterstelle J.____ bei der Beschwerdeführerin von einem verdeutlichten bzw. aggravierenden Verhalten ausgingen.

Dem Gutachten der Gutachterstelle D.____ vom 2. Juli 2020 (IV-Nrn. 64.1 ■ 64.9) ist im Rahmen der Konsensbeurteilung u.a. Folgendes zu entnehmen: Es sei bezüglich der medikamentösen Therapie auffallend, dass die Beschwerdeführerin beschrieben habe, es gehe ihr aktuell schmerzbedingt schlechter als vor den erwähnten Operationen und die Beschwerden seien progredient, obwohl dies mit der Aktenlage nicht zu bestätigen sei (IV-Nr. 64.2 S. 8 f.). Weiter wurde festgehalten, im Fachgutachten von Dr. med. N.____ sei erwähnt worden, PD Dr. med. L.____ habe in seinem Bericht vom 23. Mai 2018 eine vollständig blockierte Lendenwirbelsäule beschrieben, bei der jegliche Bewegung sofort zu verstärkten Schmerzen geführt habe. Im Austrittsbericht vom 14. Mai 2019 der Rehaklinik O.____ werde auf S. 2 erwähnt, dass bei Eintritt ein Finger-Boden-Abstand von 40 cm bestanden habe, der sich im Laufe der Hospitalisation auf 0 cm reduziert habe. Trotzdem habe die Beschwerdeführerin berichtet, sie habe von den damaligen Therapiemassnahmen nicht profitiert. Auch bezüglich der medikamentösen Therapie bestehe gemäss den Gutachtern eine Inkonsistenz. So sei bei der Spiegelbestimmung des Lodines am 29. April 2020 das Präparat im Serum nicht nachgewiesen worden. Dies sei der Beschwerdeführerin anlässlich der Anamneseerhebung und Untersuchung am 18. Mai 2020 mitgeteilt worden. Sie habe geantwortet, dass sie sich dies nicht erklären könne, da sie regelmässig zweimal täglich Lodine retard 600 mg einnehme, auch zum damaligen Zeitpunkt. Auf telefonische Nachfrage am 20. Mai 2020 im untersuchenden Labor habe man mitgeteilt, dass es sich bei der angewandten Untersuchungstechnik um die beste Methode handle und der Wirkstoff nachgewiesen werde, sofern er im Blut vorhanden sei. Die Aussage einer regelmässigen Medikamenteneinnahme mit dem fehlenden Nachweis im Serum sei daher nicht erklärbar. Gestützt auf diese Ausführungen ist davon auszugehen, dass es bereits im Rahmen des Gutachtens der Gutachterstelle D.____ vom 2. Juli 2020 Hinweise auf ein verdeutlichendes Verhalten der Beschwerdeführerin gegeben hat. Inwiefern es zwischen den beiden

Gutachten der Gutachterstellen J.____ und D.____ diesbezüglich Widersprüche geben soll, ist indes nicht ersichtlich und wird durch die Beschwerdeführerin auch nicht näher beschrieben (A.S. 241). Es ist daher nicht weiter darauf einzugehen.

6.3 Zusammenfassend kann somit auf das beweismässige Gerichtsgutachten der Gutachterstelle J.____ vom 3. April 2024 abgestellt werden. Wie bereits oben (vgl. E. II. 3.3 hiervor) erwähnt, weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Fachperson ab. Solche Gründe sind im vorliegenden Fall weder ersichtlich noch werden diese durch die Beschwerdeführerin im Rahmen der Stellungnahme zum Gutachten vom 31. Mai 2024 (A.S. 240 f.) vorgebracht (vgl. E. II. 6.2 hiervor).

7. Nachfolgend ist der Einkommensvergleich vorzunehmen:

7.1 Im vorliegenden Fall wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung seit 23. September 2016 geltend gemacht (IV-Nr. 2 S. 6), d.h. eine rentenbegründende Invalidität könnte erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit am 23. September 2017 vorliegen. Der Rentenanspruch wiederum entsteht ■ sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind ■ frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Anmeldung erfolgte am 27. März 2017, IV-Nr. 2), was hier ab September 2017 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch könnte demnach frühestens ab 1. September 2017 gegeben sein. Dieser Zeitpunkt liegt vor dem Inkrafttreten des revidierten IVG sowie der revidierten Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) vom 1. Januar 2022 (vgl. E. II. 1.3 hiervor).

7.2 Gemäss der hier massgebenden, ab 1. Januar 2008 geltenden Rechtslage (5. IV-Revision), haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

7.3 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG). Dabei hat der Einkommensvergleich in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (Urteil des Bundesgerichts 9C_354/2021 vom 3. November 2021 E. 4.1 mit Hinweisen).

7.4 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (vgl. BGE 129 V 222 mit Hinweis) ■ hier: ab September 2017 ■ nach dem Beweisgrad der überwiegenden

Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.1).

Vorliegend ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit als Kaminfegerin bei der Firma Q.____ im Gesundheitsfall weiter in einem vollen Pensum ausgeübt hätte, weshalb die Beschwerdegegnerin beim Valideneinkommen grundsätzlich zu Recht auf den dabei effektiv erzielten Lohn abgestellt hat. Gemäss dem Arbeitgeberfragebogen der Firma Q.____ vom 21. Oktober 2017 (IV-Nr. 18) erzielte die Beschwerdeführerin ab 1. Januar 2016 einen monatlichen Lohn von CHF 5'930.00. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin bei der Festlegung des Valideneinkommens auf diesen abgestellt und so ein Valideneinkommen von CHF 77'090.00 (CHF 5'930.00 x 13) errechnet hat.

7.5 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person aufgrund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG).

7.5.1 Da es der Beschwerdeführerin gestützt auf das beweiswertige Gerichtsgutachten der Gutachterstelle J.____ vom 3. April 2024 möglich ist, eine adaptierte Tätigkeit zu 100 % auszuüben, sie aber bislang keine Tätigkeit im zumutbaren Ausmass ausübt, ist das Invalideneinkommen aufgrund der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festzusetzen. Gemäss der LSE 2016, T1_tirage_skill_level, Total, Niveau 1, Frauen, ist dabei von monatlich CHF 4'286.00 auszugehen. Dieser auf 40 Wochenstunden beruhende Betrag ist auf die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr hochzurechnen (CHF 4'286.00 x 12 [: 40 x 41.7]) und an die Lohnentwicklung 2016 ■ 2017 anzupassen (: 105.0 x 105.4; Nominallohnindex, Frauen 2011 ■ 2023). Damit resultiert ein Jahreseinkommen von CHF 53'822.10.

7.5.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei Männern, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, ein Abzug von 10 % anerkannt (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Januar 2012 8C_604/2011 E. 4.2.2). Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass bei Männern statistisch gesehen Teilzeitarbeit vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit (SVR 2010 IV Nr. 28 S. 87; Urteile des Bundesgerichts 9C_708/2009 vom 19. November 2009 E.

2.1.1, mit Hinweisen; 9C_139/2013 vom 26. Juni 2013 E. 3.4.2). Weiter ist nach der Rechtsprechung insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

7.5.3 Die Beschwerdeführerin ist im hier massgebenden Zeitpunkt des Einkommensvergleichs vom 27. Januar 2022 42 Jahre alt. Dieses Alter zur Zeit des Einkommensvergleichs gebietet keinen Anlass für einen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004, TA9, S. 65). Dasselbe gilt hinsichtlich der Nationalität: Da die Beschwerdeführerin Schweizer Bürgerin ist (vgl. IV-Nr. 3), wird sie im Anforderungsniveau 1 nicht schlechter entlohnt als Schweizerinnen und Ausländerinnen zusammen (LSE 2008, TA12). Auch mangelnde Sprachkenntnisse, die der Beschwerdeführerin indes nicht ersichtlich sind, wären ebenfalls nicht geeignet, einen leidensbedingten Abzug zu begründen. Da der Beschwerdeführerin zudem eine ganztägige Arbeit zumutbar ist, ist auch kein Teilzeitabzug vorzunehmen. Im Übrigen ist das aus dem Gerichtsgutachten der Gutachterstelle J.____ hervorgehende Zumutbarkeitsprofil der Beschwerdeführerin nicht derart eingeschränkt, dass aufgrund dessen ein leidensbedingter Abzug zu begründen wäre. So umfasst der Tabellenlohn im vorliegend für das Invalideneinkommen anwendbaren Kompetenzniveau 1 gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb allein deswegen kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_870/2011 vom 24. August 2012 E 4.1 mit Hinweisen).

Damit beträgt das Invalideneinkommen insgesamt CHF 53'822.10.

7.6 Bei einem Valideneinkommen von CHF 77'090.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 53'822.10 ergibt sich ein Invaliditätsgrad von gerundet 31 %. Demnach hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. II. 7.2 hiervor). Daran würde sich selbst unter Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzugs von 10 % nichts ändern (Invaliditätsgrad gerundet 38 %).

8. Damit ist die Verfügung vom 27. Januar 2022 im Ergebnis zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

9.

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

9.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

9.3 Die Kosten des Gerichtsgutachtens sind dem Versicherungsträger aufzuerlegen, wenn das Gutachten notwendig wurde, weil dieser den Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt hatte (BGE 140 V 70 E. 6 mit Verweis auf 139 V 496 E. 4.4). Wie in E. II. 5 hiervor dargelegt, hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des polydisziplinären Gutachtens der

Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit ergeben sich aus den zeitlich vor dem Gutachten der Gutachterstelle D.____ erstatteten medizinischen Berichte keine konkreten Einschätzungen. Im polydisziplinären Gutachten wird diesbezüglich festgehalten, die Beschwerdeführerin sei in einer ideal adaptierten Tätigkeit ab November 2017 zu 60 % arbeitsfähig. Da sich gemäss dem polydisziplinären Gutachten einzig die Diagnose «chronisches Lumbovertebralsyndrom mit begleitender muskulärer Dysbalance im Bereich des Piriformis rechts und ansatztendinotischen Beschwerden am Trochanter major rechts» auf die Arbeitsfähigkeit auszuwirken vermag, ist diesbezüglich auf das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. N.____ vom 27. Mai 2020 (vgl. E. II. 4.5.1 hiervor) einzugehen. Der rheumatologische Experte hielt fest, eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere und rückenadaptierte Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin noch zumutbar, dies unter der Beurteilung, dass ein Teil der beschriebenen Beschwerden nicht somatisch begründbar sei. Es bestünden keine objektivierbaren oder messbaren Parameter, die den Anteil des nicht-somatischen Beschwerdebildes beziffern könnten. Es handle sich hier um eine Schätzung entsprechend dem Gesamteindruck unter Berücksichtigung der Aktenlage, der anamnestischen Angaben und der aktuellen klinischen Untersuchungsbefunde. Insgesamt werde die medizinisch-theoretische Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer rückenadaptierten leichten bis mittelschweren Tätigkeit auf 60 % geschätzt. Diese Einschätzung des Rheumatologen vermag nicht zu überzeugen. So erhellt aus dem Gutachten insbesondere nicht, weshalb die Beschwerdeführerin in einer ideal angepassten Tätigkeit lediglich zu 60 % tätig sein sollte und ihr nicht ein höheres Arbeitspensum zuzumuten ist. Der diesbezüglich pauschale Verweis des rheumatologischen Gutachters auf den Gesamteindruck ändert daran nichts. So fehlt es an einer konkreten und nachvollziehbaren Auseinandersetzung mit der Aktenlage, den anamnestischen Angaben und den aktuellen klinischen Untersuchungsbefunden, auf welche sich der rheumatologische Experte hier bezieht. Demzufolge vermag die auf 60 % bezifferte Arbeitsfähigkeit nicht zu überzeugen. Es kommt hinzu, dass im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens vom 11. Juni 2020 (vgl. E. II. 4.5.2 hiervor) eine «subdepressive Störung oder leichte reaktive depressive Störung (ICD-10 F32.0)» diagnostiziert wurde, der indes kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zukomme. Dies, obschon der psychiatrische Gutachter Dr. med. P.____ festhielt, die Beschwerdeführerin sei «allenfalls» aufgrund des psychischen Zustandes als «allgemein vermindert belastbar» einzustufen. Er ging jedoch nicht weiter darauf ein. Gestützt auf diese somit relativ vage gehaltene gutachterliche Einschätzung des Experten bleibt einerseits unklar, ob bei der Beschwerdeführerin überhaupt eine allgemein verminderte Belastbarkeit besteht und andererseits, ob sich diese auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auszuwirken vermag. Daran vermag auch die Stellungnahme der RAD-Ärztin vom 2. Dezember 2020 (vgl. E. II. 4.8 hiervor) nichts zu ändern. So ging Dr. med. E.____ lediglich in generell-abstrakter Weise auf die im Gutachten ausgewiesene «allgemein verminderte Belastbarkeit» ein, wobei sie festhielt, diese sei nicht per se automatisch mit einer Arbeitsfähigkeits-Relevanz gleichzusetzen. Es bestünden bei der Beschwerdeführerin zudem auch relevante Ressourcen. Diese Darlegungen vermögen indes die Unklarheiten im psychiatrischen Teilgutachten nicht aus dem Weg zu räumen. In diesem Sinn hat auch die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 27. Januar 2022 (A.S. 2) festgehalten, es könne der vom rheumatologischen Experten postulierten 40%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit nicht

gefolgt werden (A.S. 2 ff.). 5.3 Es ist zusammenfassend davon auszugehen, dass sowohl der medizinische Sachverhalt als auch die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der hier angefochtenen Verfügung vom 27. Januar 2022 nicht hinreichend abgeklärt waren. So hielt auch der Hausarzt med. prakt. F.____ in seiner Stellungnahme zum Gutachten vom 7. September 2020 (vgl. E. II. 4.7 hiervor) fest, er könne sich mit der Beurteilung des Gutachtens nicht einverstanden erklären. Unter diesen Umständen überzeugt auch die allgemein gehaltene Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. E.____ vom 26. August 2020 (vgl. E. II. 4.6 hiervor) nicht, wonach das Gutachten der Gutachterstelle D.____ nachvollziehbar und schlüssig sei. Da auch die übrigen medizinischen Vorakten nicht ausreichen, um allein gestützt darauf den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin mit hinreichender Zuverlässigkeit beurteilen zu können, kam das Versicherungsgericht nicht umhin, ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten zu veranlassen. Dieses wurde mit Verfügung vom 30. März 2023 (A.S. 41 ff.) in Auftrag gegeben 6. Aufgrund der in E. II. 5 hiervor genannten Unklarheiten wurde von Seiten des Versicherungsgerichts am 30. März 2023 bei Dr. med. G.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie FMH, und Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Gutachterstelle J.____, ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten veranlasst (A.S. 41 ff.), das sodann am 3. April 2024 (A.S. 49 ff.) erstattet wurde. Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurden folgende Diagnosen mit kurzer Darstellung der aus den Befunden resultierenden Funktionseinschränkungen gestellt (A.S. 82 f.): – Subjektiv angegebene schwerstgradige, therapieresistente chronische Rückenschmerzsymptomatik mit Ausstrahlung rechtes Bein – Neurologisch aber ohne objektivierbares neurologisches Korrelat – Bei Status nach Dekompressions-Operation und Re-Dekompression Juli und August 2017 bei damals bestehender Bandscheiben-Pathologie und Recessusstenose beidseits – mit verbliebenen, aber gleichbleibenden leichten degenerativen Veränderungen (MRI Mai 2023) – Aber objektiv kein Hinweis für Radikulopathie L5 und auch nicht für S1 rechts (normaler Befunde im EMG für Kennmuskulatur der Myotome L5 und S1 rechts und Normalbefund SSEP N. tibialis rechts) – Funktional somit Schmerzsymptomatik nicht primär neurogen erklärbar – Insgesamt nur als lumbovertebrales Schmerzsyndrom, maximal zeitweilig belastungsabhängig als leichtgradig zu bewerten – Chronisches Lumbovertebralsyndrom mit deutlicher muskulärer Dysbalance bei – Zustand nach Hemilaminektomie LWK4/5 rechts am 4. Juli 2012 aufgrund eines Bandscheibenvorfalles – Zustand nach Fenestration LWK4/5 rechts mit Hemilaminektomie L5, Neurolyse Duralsack und Nervenwurzel – Entfernung eines Diskusfragmentes und Ausräumung von wenig Bandscheibengewebe aus dem Intervertebralraum LWK4/5 von rechts am 29. August 2017 wegen eines Diskusfrühhernienrezidivs und Instabilität LWK4/5 – Muskuläre Dysbalance bei einer leichten Fehllhaltung der Wirbelsäule und muskulären Verspannungen des Schultergürtels und der Lendenwirbelsäule – Leichter Knick-Spreizfuß mit beginnendem Hallux valgus beidseits – Beginnende degenerative Veränderungen des ISG beidseits – Hochauffällige negative Antwort- und Leistungspräsentation – Mit nichtauthentischer Darstellung dauerhaft schwerster Schmerzen, erheblicher Mnestikstörung und Darstellung hochgradig verminderter beruflicher Partizipationsfähigkeit – Status nach Unfallereignis 23. September 2016 – Neurologisch ohne objektivierbare verbliebene Folgen – Persönlichkeitsakzentuierung Z73.1 – Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung Z73 – Status nach Opioid Abhängigkeit – Status nach psychischen und Verhaltensstörungen durch Opiode; Schädlicher Gebrauch F11.1 Aus orthopädischer Sicht sei die Beschwerdeführerin

mindestens in der Lage, leichte bis mittelschwere, teilweise mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis 15 kg, kurzzeitig darüber hinaus bis 25 kg, in rükkenschulgerechter Haltung im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen zu verrichten. Vermieden werden sollten überwiegend mittelschwere und schwere Tätigkeiten, längere Körperhaltung ausserhalb des Körperlotes, ruckartige Bewegungen, ständiges nach vorne Neigen des Oberkörpers sowie ständige Rotation der Lendenwirbelsäule und Erschütterungen. Die Beschwerdeführerin sollte keiner Kälte-, Nässe- und Zugexposition ausgesetzt werden, gegebenenfalls sollte sie der Temperatur angepasste Kleidung tragen. Zusätzliche Einschränkungen aus neurologischer als auch psychiatrischer Sicht seien nicht begründbar. Es seien zwar Persönlichkeitsakzentuierungen und ehemals auch arbeitsplatzbezogen ein Konflikt zu beschreiben. Jedoch könnten keine versicherungspsychiatrisch relevanten Störungsdiagnosen objektiviert werden (A.S. 63). Die Beschwerdeführerin sei in der bisherigen Tätigkeit als Schornsteinfegerin EFZ zu 80 % arbeitsfähig. Diese Bewertung sei überwiegend wahrscheinlich auch retrospektiv so zu betrachten. Ausgenommen seien nur die Zeiten stationärer Massnahmen und auch die Rekonvaleszenz nach der LWS-OP von Juli / August 2017, welche mit circa maximal drei Monaten zu berechnen sei. In einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hinsichtlich Anwesenheitszeit und Leistungsfähigkeit begründet werden. Die Arbeitsfähigkeit betrage 100 % (Arbeitsunfähigkeit 0 %, A.S. 64 f.).

6.1 Das Gutachten der Gutachterstelle J.____ geniesst vollen Beweiswert, entspricht es doch sämtlichen Anforderungen der Rechtsprechung (vgl. dazu E. II. 3.2 hiervor): Es stammt von unabhängigen Fachärzten der einschlägigen medizinischen Disziplinen, welche fachlich qualifiziert sind, die gesundheitliche Situation und die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu beurteilen. Weiter haben die Gutachterpersonen die Beschwerdeführerin zu ihren subjektiven Beschwerden, ihren Lebensumständen sowie ihrer Vorgeschichte befragt, die objektiven Befunde erhoben und die wesentlichen Akten zur Kenntnis genommen. Auf dieser Grundlage befassten sich die einzelnen Gutachterpersonen sodann mit dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. In der interdisziplinären Besprechung gelangten sie sodann zu einer gemeinsamen Beurteilung (vgl. A.S. 49 ff.), welche vor dem Hintergrund der objektivierbaren Befunde nachvollziehbar ist. Schliesslich legten die Gutachterpersonen überzeugend dar, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Kaminfegerin 80 % und in jene in einer angepassten Tätigkeit 100 % betrage.

6.2 Es ist nachfolgend auf die mit Eingabe vom 31. Mai 2024 (A.S. 240 f.) durch die Beschwerdeführerin geltend gemachten Vorbringen betreffend das Gutachten der Gutachterstelle J.____ einzugehen und zu prüfen, ob diese dessen Beweiswert allenfalls zu schmälern vermögen:

6.2.1 Die Beschwerdeführerin lässt zum einen vorbringen, sie fühle sich «diskriminiert», da ihr die Beschwerdegegnerin die ursprünglich auf einer Basis eines Invaliditätsgrades von 57 % zugesprochenen Rentenleistung nun streichen wolle (A.S. 240). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin in ihrem ersten Vorbescheid vom 8. Oktober 2020 (IV-Nr. 72) aufgrund eines errechneten Invaliditätsgrades von 57 % ab 1. September 2017 eine halbe Invalidenrente in Aussicht gestellt hat. Dabei stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf die Einschätzungen im Gutachten der Gutachterstelle D.____ vom 2. Juli 2020 (IV-Nrn. 64.1 – 64.9). Wie in E. II. 5 hiervor erläutert, weist dieses Gutachten jedoch Mängel auf, weswegen sich das Versicherungsgericht veranlasst sah, ein Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben. Unter diesen Umständen kann – entgegen der Ansicht der

Beschwerdeführerin – die Beschwerdegegnerin nicht auf den im ersten Vorbescheid vom 8. Oktober 2020 errechneten Invaliditätsgrad von 57 % behaftet werden. 6.2.2 Im Weiteren stellt sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, sie werde im Gutachten der Gutachterstelle MEDAS (gemeint: J.____) als «Simulantin» hingestellt, was sie verletze. Weil diese Einschätzung dem vorherigen D.____-Gutachten widerspreche, könne nicht auf das Gerichtsgutachten abgestellt werden (A.S. 241). Dazu lässt sich Folgendes festhalten: Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung der Gutachterstelle J.____ vom 3. April 2024 (A.S. 49 ff.) wird unter dem Titel «Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität» u.a. ausgeführt, es ergäben sich multiple und erhebliche Hinweise auf negative Antwort- und Leistungsverzerrung, welche in der Gesamtbetrachtung mindestens die Kriterien einer erheblichen Aggravation erfüllten. Anschliessend wurde auf die detaillierten Ausführungen im neurologischen Gutachten verwiesen. Auch im orthopädischen Gutachten sei – gleichermassen wie im neurologischen Gutachten – die funktionale Befunderhebung durch eine sehr erhebliche suboptimale Anstrengungsbereitschaft und Limitierung eingeschränkt gewesen. Das Verhalten der Beschwerdeführerin während der klinischen Untersuchung und ausserhalb davon sei gemäss den Gutachtern gravierend divergent und als nicht authentisch zu bewerten (A.S. 60). Diese gutachterlichen Einschätzungen überzeugen, da die Gutachter anschliessend beispielhaft auf die gemäss Beschwerdeführerin schwerstgradige und dauerhaft mit VAS 9.5 / 10 bezeichnete Schmerzsymptomatik (Rücken, Ausstrahlung rechtes Bein) eingingen und in nachvollziehbarer Weise darzulegen vermochten, dass dies in keiner Weise plausibel sei. In diesem Zusammenhang wiesen die Gutachter auf fehlende affektive und vegetative Schmerzkorrelate hin, auf den nicht nachvollziehbaren weitgehend völlig therapieresistenten Verlauf aller Massnahmen (weder LWS-OPs Juli bis August 2017, noch stationäre Rehabilitation 2019, noch sämtliche ambulanten konservativen Therapiemassnahmen inkl. diversen Infiltrationen) und auf die Tatsache, dass längst keine Therapie mehr durchgeführt werde (weder erfolgten spezialärztliche Konsultationen noch pharmakologische Behandlungen, so auch keine Analgetika- oder Psychopharmakaeinnahmen). Die von der Beschwerdeführerin angegebenen starken Schmerzen seien im weiteren nicht plausibel angesichts der pathophysiologisch lediglich vergleichsweise leichten bis moderaten degenerativen LWS-Veränderungen, die auf übliche konservative Therapie durchaus ansprechen müssten, auch angesichts pathophysiologisch fehlenden objektivierbaren Hinweisen auf neuropathische Schmerzanteile, ausweislich von völlig normalen aktuellen EMG-Befunden für die allenfalls in Frage kommenden Myotome L5 und S1 und zudem bei unauffälligem Tibialis-SEP-Befund rechts. Zudem fehlten in klinisch-neurologischer Sicht objektivierbare Auffälligkeiten im sensomotorischen sowie Reflexstatus bei Diskrepanz des Partizipationsniveaus, wobei die Beschwerdeführerin immerhin in der Lage sei, Auto zu fahren (trotz behaupteter extremster Schmerzen und angegebener Gedächtnisstörungen). Massiv auffällig seien zudem die Waddell-Zeichen (5 / 5). Hinzuweisen sei auch auf die – abhängig von der Untersuchungssituation oder ausserhalb derer – variablen Befunde im orthopädisch klinischen Befund. Im Weiteren nahmen die Gutachter auf das psychiatrische Teilgutachten Bezug und führten aus, dass auch psychiatrisch die Darstellungen im Beschwerdevalidierungsverfahren SSFS in erheblicher Weise negativ verzerrt seien, dies sowohl in der Gesamtbetrachtung als auch praktisch in allen Subskalen, was auf eine nicht authentische Beschwerdepräsentation hinweise. Zudem wurde u.a. festgehalten, dass die Beschwerdeführerin trotz den Angaben über einen sehr schlechten Schlaf mit maximaler Schlafdauer von 2 – 3 Stunden pro Nacht

in ihrer Aufmerksamkeit, Konzentration und Ausdauer unauffällig, wach, ohne erkennbare Müdigkeit, wirke. Auch die von ihr angegebenen, in der Nacht in regelmässiger Abfolge auftretenden, stereotypen und repetitiven auditiven Phänomene als Schlafunterbrecher wirkend, erschienen in der geschilderten Form und Häufigkeit weder nachvollziehbar noch glaubhaft (A.S. 60 f.). Schliesslich hielten die Gutachter fest, es sei bei der Beschwerdeführerin mindestens allein schon aufgrund der Inkonsistenzen im psychiatrischen Gutachten von einer Verdeutlichung bis Aggravation auszugehen. Unter Einbezug der erheblichen Widersprüche aus somatischer Sicht seien die Kriterien eines Malingering erfüllt. Betrachte man die Bianchini-Kriterien, welche aus den Slick-Kriterien zur Diagnose von Malingering bezüglich schmerzbezogener Behinderungen weiterentwickelt worden seien, seien gemäss den Gutachtern alle Kriterien für die Annahme einer Aggravation erfüllt (A.S. 61 f.). Gestützt auf diese Ausführungen leuchtet ein, dass die Gutachter der Gutachterstelle J.____ bei der Beschwerdeführerin von einem verdeutlichten bzw. aggravierenden Verhalten ausgingen. Dem Gutachten der Gutachterstelle D.____ vom 2. Juli 2020 (IV-Nrn. 64.1 – 64.9) ist im Rahmen der Konsensbeurteilung u.a. Folgendes zu entnehmen: Es sei bezüglich der medikamentösen Therapie auffallend, dass die Beschwerdeführerin beschrieben habe, es gehe ihr aktuell schmerzbedingt schlechter als vor den erwähnten Operationen und die Beschwerden seien progredient, obwohl dies mit der Aktenlage nicht zu bestätigen sei (IV-Nr. 64.2 S. 8 f.). Weiter wurde festgehalten, im Fachgutachten von Dr. med. N.____ sei erwähnt worden, PD Dr. med. L.____ habe in seinem Bericht vom 23. Mai 2018 eine vollständig blockierte Lendenwirbelsäule beschrieben, bei der jegliche Bewegung sofort zu verstärkten Schmerzen geführt habe. Im Austrittsbericht vom 14. Mai 2019 der Rehaklinik O.____ werde auf S. 2 erwähnt, dass bei Eintritt ein Finger-Boden-Abstand von 40 cm bestanden habe, der sich im Laufe der Hospitalisation auf 0 cm reduziert habe. Trotzdem habe die Beschwerdeführerin berichtet, sie habe von den damaligen Therapiemassnahmen nicht profitiert. Auch bezüglich der medikamentösen Therapie bestehe gemäss den Gutachtern eine Inkonsistenz. So sei bei der Spiegelbestimmung des Lodines am 29. April 2020 das Präparat im Serum nicht nachgewiesen worden. Dies sei der Beschwerdeführerin anlässlich der Anamneseerhebung und Untersuchung am 18. Mai 2020 mitgeteilt worden. Sie habe geantwortet, dass sie sich dies nicht erklären könne, da sie regelmässig zweimal täglich Lodine retard 600 mg einnehme, auch zum damaligen Zeitpunkt. Auf telefonische Nachfrage am 20. Mai 2020 im untersuchenden Labor habe man mitgeteilt, dass es sich bei der angewandten Untersuchungstechnik um die beste Methode handle und der Wirkstoff nachgewiesen werde, sofern er im Blut vorhanden sei. Die Aussage einer regelmässigen Medikamenteneinnahme mit dem fehlenden Nachweis im Serum sei daher nicht erklärbar. Gestützt auf diese Ausführungen ist davon auszugehen, dass es bereits im Rahmen des Gutachtens der Gutachterstelle D.____ vom 2. Juli 2020 Hinweise auf ein verdeutlichendes Verhalten der Beschwerdeführerin gegeben hat. Inwiefern es zwischen den beiden Gutachten der Gutachterstellen J.____ und D.____ diesbezüglich Widersprüche geben soll, ist indes nicht ersichtlich und wird durch die Beschwerdeführerin auch nicht näher beschrieben (A.S. 241). Es ist daher nicht weiter darauf einzugehen. 6.3 Zusammenfassend kann somit auf das beweiswertige Gerichtsgutachten der Gutachterstelle J.____ vom 3. April 2024 abgestellt werden. Wie bereits oben (vgl. E. II. 3.3 hiervor) erwähnt, weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Fachperson ab. Solche Gründe sind im vorliegenden Fall weder ersichtlich noch werden diese durch die Beschwerdeführerin im Rahmen der Stellungnahme zum Gutachten vom

31. Mai 2024 (A.S. 240 f.) vorgebracht (vgl. E. II. 6.2 hiervor). 7. Nachfolgend ist der Einkommensvergleich vorzunehmen: 7.1 Im vorliegenden Fall wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung seit 23. September 2016 geltend gemacht (IV-Nr. 2 S. 6), d.h. eine rentenbegründende Invalidität könnte erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit am 23. September 2017 vorliegen. Der Rentenanspruch wiederum entsteht – sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind – frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Anmeldung erfolgte am 27. März 2017, IV-Nr. 2), was hier ab September 2017 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch könnte demnach frühestens ab 1. September 2017 gegeben sein. Dieser Zeitpunkt liegt vor dem Inkrafttreten des revidierten IVG sowie der revidierten Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) vom 1. Januar 2022 (vgl. E. II. 1.3 hiervor).

7.2 Gemäss der hier massgebenden, ab 1. Januar 2008 geltenden Rechtslage (5. IV-Revision), haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

7.3 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG). Dabei hat der Einkommensvergleich in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (Urteil des Bundesgerichts 9C_354/2021 vom 3. November 2021 E. 4.1 mit Hinweisen).

7.4 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (vgl. BGE 129 V 222 mit Hinweis) – hier: ab September 2017 – nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.1). Vorliegend ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit als Kaminfegerin bei der Firma Q.____ im Gesundheitsfall weiter in einem vollen Pensum ausgeübt hätte, weshalb die Beschwerdegegnerin beim Valideneinkommen grundsätzlich zu Recht auf den dabei effektiv erzielten Lohn abgestellt hat. Gemäss dem Arbeitgeberfragebogen der Firma Q.____ vom 21. Oktober 2017 (IV-Nr. 18) erzielte die Beschwerdeführerin ab 1. Januar 2016 einen monatlichen Lohn von CHF 5'930.00. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin bei der Festlegung des

Valideneinkommens auf diesen abgestellt und so ein Valideneinkommen von CHF 77'090.00 (CHF 5'930.00 x 13) errechnet hat. 7.5 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person aufgrund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG).

7.5.1 Da es der Beschwerdeführerin gestützt auf das beweismässige Gerichtsgutachten der Gutachterstelle J.____ vom 3. April 2024 möglich ist, eine adaptierte Tätigkeit zu 100 % auszuüben, sie aber bislang keine Tätigkeit im zumutbaren Ausmass ausübt, ist das Invalideneinkommen aufgrund der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) festzusetzen. Gemäss der LSE 2016, T1_tirage_skill_level, Total, Niveau 1, Frauen, ist dabei von monatlich CHF 4'286.00 auszugehen. Dieser auf 40 Wochenstunden beruhende Betrag ist auf die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr hochzurechnen (CHF 4'286.00 x 12 [: 40 x 41.7]) und an die Lohnentwicklung 2016 – 2017 anzupassen (: 105.0 x 105.4; Nominallohnindex, Frauen 2011 – 2023). Damit resultiert ein Jahreseinkommen von CHF 53'822.10.

7.5.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei Männern, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, ein Abzug von 10 % anerkannt (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Januar 2012 8C_604/2011 E. 4.2.2). Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass bei Männern statistisch gesehen Teilzeitarbeit vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit (SVR 2010 IV Nr. 28 S. 87; Urteile des Bundesgerichts 9C_708/2009 vom 19. November 2009 E. 2.1.1, mit Hinweisen; 9C_139/2013 vom 26. Juni 2013 E. 3.4.2). Weiter ist nach der Rechtsprechung insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

7.5.3 Die Beschwerdeführerin ist im hier massgebenden Zeitpunkt des Einkommensvergleichs vom 27. Januar 2022 42 Jahre alt. Dieses Alter zur Zeit des Einkommensvergleichs gebietet keinen Anlass für einen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004, TA9, S. 65). Dasselbe gilt hinsichtlich der Nationalität: Da die Beschwerdeführerin Schweizer Bürgerin ist (vgl. IV-Nr. 3), wird sie im Anforderungsniveau 1 nicht schlechter entlohnt als Schweizerinnen und Ausländerinnen zusammen (LSE 2008, TA12). Auch mangelnde Sprachkenntnisse, die der Beschwerdeführerin indes nicht ersichtlich sind, wären ebenfalls nicht geeignet, einen leidensbedingten Abzug zu begründen. Da der Beschwerdeführerin zudem eine ganztägige Arbeit zumutbar ist, ist auch kein Teilzeitabzug vorzunehmen. Im Übrigen ist das aus dem Gerichtsgutachten der Gutachterstelle J.____ hervorgehende

Zumutbarkeitsprofil der Beschwerdeführerin nicht derart eingeschränkt, dass aufgrund dessen ein leidensbedingter Abzug zu begründen wäre. So umfasst der Tabellenlohn im vorliegend für das Invalideneinkommen anwendbaren Kompetenzniveau 1 gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb allein deswegen kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_870/2011 vom 24. August 2012 E 4.1 mit Hinweisen). Damit beträgt das Invalideneinkommen insgesamt CHF 53'822.10. 7.6 Bei einem Valideneinkommen von CHF 77'090.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 53'822.10 ergibt sich ein Invaliditätsgrad von gerundet 31 %. Demnach hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. II. 7.2 hiervor). Daran würde sich selbst unter Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzugs von 10 % nichts ändern (Invaliditätsgrad gerundet 38 %). 8. Damit ist die Verfügung vom 27. Januar 2022 im Ergebnis zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

E. 5

Spreizfüsse – Hallux valgus beidseits

E. 6

Subdepressive Störung oder leichte reaktive depressive Störung (ICD-10 F32.0) Nach eingehender Konsensbesprechung seien die Gutachter zum Schluss gelangt, dass der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als Kaminfegerin seit dem 5. Dezember 2016 nicht mehr zumutbar sei. Gesamtmedizinisch bestehe in einer ideal adaptierten Tätigkeit ab November 2017 eine 60%ige Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 64.2 S. 10 f.). Aus den hier im Vordergrund stehenden rheumatologischen und psychiatrischen Teilgutachten ergibt sich Folgendes: 4.5.1 Dr. med. N.____, FMH Rheumatologie, diagnostizierte im rheumatologischen Teilgutachten vom 27. Mai 2020 (IV-Nr. 64.6) ein «chronisches Lumbovertebralsyndrom mit begleitender muskulärer Dysbalance im Bereich des Piriformis rechts und ansatztendinotischen Beschwerden am Trochanter major rechts» mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die «muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits (Trapezius)» und die «Spreizfüsse» hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 11 f.). Entsprechend dem klinisch bestehenden Lumbovertebralsyndrom und der beschriebenen Schmerzsymptomatik sei die bisherige Tätigkeit als Kaminfegerin aus rheumatologischer Sicht nicht mehr zumutbar, da sie die funktionellen Auswirkungen nicht respektieren könne. Entsprechend den Ausführungen der Beschwerdeführerin habe sie zunächst nach dem Beginn der Beschwerden in der Kreuzregion am Unfalltag (einige Stunden nach dem Unfall) des 23. Septembers 2016 noch bis zum 4. Dezember 2016 gearbeitet, dies jedoch nur unter massivem Druck seitens des Arbeitsgebers. Danach sei es schmerzbedingt und wegen zusätzlichen Gefühlsstörungen im rechten Bein beim Autofahren nicht mehr gegangen. Entsprechend gelte die Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab dem 5. Dezember 2016, dies andauernd. Eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere und rückenadaptierte Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin noch zumutbar, dies unter der Beurteilung, dass ein Teil der beschriebenen Beschwerden nicht somatisch begründbar sei. Es bestünden keine objektivierbaren oder messbaren Parameter, die den Anteil des nicht-somatischen Beschwerdebildes beziffern könnten. Es handle sich hier um eine Schätzung entsprechend dem Gesamteindruck unter Berücksichtigung der Aktenlage, der anamnestischen Angaben und der aktuellen klinischen Untersuchungsbefunde. Insgesamt werde die medizinisch-theoretische Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer rückenadaptierten

leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeit auf 60 % geschätzt. Zunächst habe auch in einer adaptierten Tätigkeit ab dem 5. Dezember 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Obwohl die Beschwerdeführerin beschrieben habe, dass es ihr nach den Operationen vom 4. Juli und 29. August 2017 schlechter gegangen sei als vorher, werde die Arbeitsfähigkeit von 60 % in einer adaptierten Tätigkeit unter Berücksichtigung der oben gemachten Ausführungen ab zwei Monate nach der zweiten Operation, d.h. ab November 2017, geschätzt. Anlässlich des stationären Rehabilitationsaufenthalts in der Klinik O.____ vom 24. April bis 14. Mai 2019 habe natürlich auch in einer adaptierten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden, ansonsten gelte die Angabe einer 60%igen Arbeitsfähigkeit seit November 2017 (S. 16 ff.). 4.5.2 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 11. Juni 2020 (IV-Nr. 64.5) wies Dr. med. P.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eine «subdepressive Störung oder leichte reaktive depressive Störung (ICD-10 F32.0)» als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus (S. 10). Die Beschwerdeführerin sei allenfalls aufgrund des psychischen Zustandes als allgemein vermindert belastbar einzustufen, doch sollte sie eine ähnliche Tätigkeit wie bisher durchführen, wenn diese vorgegeben sei und die Beschwerdeführerin nicht die alleinige Verantwortung übernehmen müsse. Aus psychiatrischer Sicht sei bis anhin nie eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden (S. 12). 4.6 Dr. med. E.____, RAD, hielt in der Stellungnahme vom 26. August 2020 (IV-Nr. 71) fest, das Gutachten der Gutachterstelle D.____ sei nachvollziehbar und schlüssig: Seit dem Unfall vom 23. September 2016 bestehe für die angestammte Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Zunächst habe auch in einer adaptierten Tätigkeit ab dem Unfallereignis eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Obwohl die Beschwerdeführerin beschrieben habe, dass es ihr nach den Operationen vom 4. Juli und 29. August 2017 schlechter gegangen sei als vorher, schätze Dr. med. N.____ die Arbeitsfähigkeit von 60 % in einer adaptierten Tätigkeit ab zwei Monate nach der zweiten Operation, d.h. ab November 2017. Anlässlich des stationären Rehabilitationsaufenthaltes in der Klinik O.____ vom 24. April bis 14. Mai 2019 habe natürlich auch in einer adaptierten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden, ansonsten gelte die Angabe einer 60%igen Arbeitsfähigkeit seit November 2017. Somit bestehe gesamtmedizinisch in einer ideal adaptierten Tätigkeit ab November 2017 eine 60%ige Arbeitsfähigkeit. Im Gutachten werde der 5. Dezember 2016 als Beginn der Arbeitsunfähigkeit erwähnt. Dies könne aus Sicht des RAD wegen des Unfallereignisses und der folgenden medizinisch nicht zumutbaren Arbeitsfähigkeit nicht bestätigt werden. Eine Arbeitsaufnahme sei nicht aus medizinischen Gründen, sondern auf massiven Druck seitens des damaligen Arbeitgebers erfolgt. 4.7 Med. prakt. F.____ äusserte sich am 7. September 2020 zum polydisziplinären Gutachten vom 2. Juli 2020 (IV-Nr. 76 S. 11 f.). Die Beschwerdeführerin habe ihm handschriftliche Dokumente mit Notizen über anamnestische Angaben überreicht, welche sie offenbar während der Exploration so nicht angegeben habe. Die Angaben zeigten, dass die Begutachtung und Aktenlage nicht sorgfältig aufgenommen worden seien. Zu den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit müsse festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der invalidisierenden Schmerzen thorako-lumbovertebral und gluteal die Arbeit als Kaminfegerin unter keinen Umständen wieder aufnehmen können. Eine Arbeitsaufnahme zu 60 % von leicht- bis mittelschweren Arbeiten habe infolgedessen auch nicht ab November 2017 aufgenommen werden können, insbesondere da die Beschwerdeführerin zunehmend eine Depression entwickelt und Psychopharmaka erhalten habe. Aufgrund der starken Schmerzmedikamente (Opiate) sei eine Aufnahme der

Arbeitstätigkeit nie möglich gewesen. Die depressive Störung habe folglich eine erhebliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gehabt. Dem Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Umschulung resp. Wiedereingliederung in die Arbeitswelt müsse entsprochen werden, insbesondere da sie dazu sehr motiviert sei. Das polydisziplinäre Gutachten sei fehlerhaft und werde den Ansprüchen und Bedürfnissen der Beschwerdeführerin nicht gerecht, weshalb sich Dr. med. F.____ mit der Beurteilung des Gutachtens nicht einverstanden erklären könne. 4.8 Dr. med. E.____, RAD, ging in ihrer Stellungnahme vom 2. Dezember 2020 (IV-Nr. 90 S. 2) auf die Einwände des Vertreters der Beschwerdeführerin vom 20. November 2020 (IV-Nr. 87) ein. Aus Sicht des RAD könne dem Einwand, wonach nach wie vor bestritten werde, dass die Beschwerdeführerin seit 1. November 2017 im Umfang von 60 % einer Verweistätigkeit habe nachgehen können bzw. könne, nicht gefolgt werden: Es entspreche der Natur einer versicherungsmedizinischen Begutachtung, dass diese aus versicherungsmedizinischer Sicht (und somit unter Ausklammerung IV-fremder Faktoren) erfolge, die gegebenenfalls abweichend von der «ganzheitlichen» Betrachtungsweise der Behandler sei. Die neutrale versicherungsmedizinische Beurteilung sei durch den Gesetzgeber gefordert, weshalb der Rechtsvertreter dieses Vorgehen als unseriös und willkürlich bezeichne, sei nicht nachvollziehbar. Eine nicht spezifisch quantifizierte «allgemein verminderte Belastbarkeit» per se sei aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht mit einer automatischen Arbeitsfähigkeits-Relevanz gleichzusetzen, dies in Hinblick einerseits auf die Quantifizierbarkeit der Einschränkung bzw. deren Ausprägung betreffend die Arbeitsfähigkeits-Relevanz. Zum anderen müsse die IV-Relevanz dieser Beschwerden geprüft werden. Im Gutachten würden diesbezüglich keine psychiatrischen Diagnosen gestellt. Wie dem Rechtsvertreter zudem bekannt sein dürfte, seien auch ICD-10 relevante Diagnosen nicht automatisch Arbeitsfähigkeits-relevant, daher werde in den Gutachten die Unterscheidung zwischen Diagnosen mit und ohne Arbeitsfähigkeits-Relevanz gefordert. Zudem lasse der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin deren psychopathologische Gesamtschau ausser Acht: Neben der benannten unspezifischen allgemeinen verminderten Belastbarkeit erwähne der psychiatrische Gutachter u.a., dass bei der Beschwerdeführerin relevante Ressourcen bestünden: «Die Explorandin ist grundsätzlich in der Lage, auf ihre Fähigkeiten und Funktionen zurückzugreifen, auch die Ressourcen anzuwenden.» Es bleibe zudem abschliessend zu erwähnen, dass seitens der Beschwerdeführerin offensichtlich kein wesentlicher Leidensdruck in psychischer Hinsicht bestehe, um allfällige Beschwerden durch eine entsprechende Therapie in der Vergangenheit behandeln zu lassen. Zusammenfassend würden durch den Einwand medizinischerseits keine neuen Tatsachen geltend gemacht. An der ursprünglichen RAD-Stellungnahme könne weiterhin festgehalten werden. 5. Da die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 27. Januar 2022 (A.S. 1 ff.) im Wesentlichen auf das Gutachten der Gutachterstelle D.____ vom 2. Juli 2020 (vgl. E. II.

E. 9

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

9.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

9.3 Die Kosten des Gerichtsgutachtens sind dem Versicherungsträger aufzuerlegen, wenn

das Gutachten notwendig wurde, weil dieser den Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt hatte (BGE 140 V 70 E. 6 mit Verweis auf 139 V 496 E. 4.4). Wie in E. II. 5 hiervor dargelegt, hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des polydisziplinären Gutachtens der Gutachterstelle J.____ vom 3. April 2024 von CHF 18'284.35 zu tragen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.