

SO_GERICHTE VSBES.2022.87 vom 25. März 2022

SO Obergericht, 2022-03-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.87

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.87 du 25 mars 2022

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.87 del 25 marzo 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 Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 25. März 2022) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 366 E. 1b).

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 den Bestimmungen des IVG und denjenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung zu beurteilen.

E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in Kraft bis 31. Dezember 2021) haben jene Versicherten 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 die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). 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.

2.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen.

Dazu 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 (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat 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 (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 S. 349 mit Hinweisen).

E. 2.2

mit Hinweisen), welcher im vorliegenden Fall nicht vorzunehmen ist. Die Frage des Tabellenlohns kann letztlich jedoch insofern offen bleiben, als noch bei einem maximal möglichen Abzug von 25 % kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren würde.

9. Nach dem Gesagten ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin seit Juli 2019 in der Lage ist, eine Verweistätigkeit ganztags auszuüben, um dabei ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Vor diesem Hintergrund besteht keine Invalidität und folglich auch kein Anspruch auf eine Invalidenrente resp. berufliche Massnahmen. Die Beschwerde stellt sich damit als unbegründet heraus und ist abzuweisen.

10.

10.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

10.2 Die Beschwerdeführerin steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege im Sinne der Befreiung von den Gerichtskosten (vgl. E. I. 4 hiavor).

10.3 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 an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

2. Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

3. Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag

nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Vizepräsident Der Gerichtsschreiber

Flückiger Lazar

E. 3

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

3.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle 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 hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b 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 351 E. 3a S. 352). 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 157 E. 1c S. 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. Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

E. 4

4.1 Die Beschwerdegegnerin hält in ihrer Verfügung vom 25. März 2022 (A.S. 1 ff.) im Wesentlichen fest, die Beschwerdeführerin sei spätestens seit Juli 2019 (zweite Lendenwirbeloperation) in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Aus versicherungsmedizinischer Sicht seien ihr Tätigkeiten mit Heben und Tragen schwerer Lasten (mehr als 20 kg) sowie Tätigkeiten mit dauerhafter Belastung der Hände nicht mehr zumutbar. Zumutbar seien ihr körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten unter Vermeidung lumbovertebraler Zwangshaltungen und unter Vermeidung von Tätigkeiten mit starker Belastung der Hände. In solchen angepassten Tätigkeiten bestehe eine volle, 100%ige Arbeitsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin habe anlässlich des Intake-Gesprächs vom 13. Februar 2020 angegeben, sie würde ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen in einem Arbeitspensum von 100 % arbeiten. Wie dem Auszug aus dem individuellen Konto (IK) entnommen werden könne, habe sie bisher nie eine Erwerbstätigkeit in einem 100%-Pensum ausgeübt. Die für die Wahl der Berechnungsmethode des Invaliditätsgrades entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen sei, könne vorliegend offengelassen werden, da bei ihr auch im Aufgabenbereich Haushalt von keiner erheblichen Einschränkung auszugehen sei. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades im Bereich der Erwerbstätigkeit werde die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs angewandt. Es resultiere ein Invaliditätsgrad von 0 %. Als Entscheidungsgrundlage diene der IV-Stelle das polydisziplinäre Gutachten der C.____ vom 24. Juni 2021. Das Gutachten entspreche den von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien für eine beweiskräftige Expertise (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis). Das Gutachten sei umfassend, sei in Kenntnis der Vorakten erstellt worden, beruhe auf eigenen Untersuchungen, berücksichtige die geklagten Beschwerden und sei in der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der daraus resultierenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar und schlüssig. Im Einwand werde nichts vorgebracht, was den Beweiswert des Gutachtens schmälern könnte. Das Gutachten vermöge zu überzeugen, darauf könne abgestellt werden. Von weiteren Abklärungen seien keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten. In einer körperlich angepassten Tätigkeit bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit.

4.2 Der Beschwerde (A.S. 3 ff.) lässt sich entnehmen, gemäss den Unterlagen sei der Beschwerdegegnerin bewusst gewesen, dass die Beschwerdeführerin kurz nach der zweiten Wirbelsäulen-OP während eines Ferienaufenthaltes in [...] im August 2019 aufgrund einer Blockade notfallmässig zum dritten Mal habe operiert werden müssen. Die Beschwerdegegnerin hätte diese Unterlagen vervollständigen müssen, bevor sie ein Gutachten in Auftrag gebe. Aufgrund der fehlenden Dokumentation der

Behandlungsschritte sei ein Gesamtbild über die positiven und negativen Veränderungen beim Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht richtig erfasst worden. Obwohl die Beschwerdeführerin zwischen 11. März 2019 und 24. Juni 2020 dreimal operiert worden sei und immer unter regelmässiger Behandlung gewesen sei, sei ihre Arbeitsfähigkeit im Gutachten sogar ab 2019 auf 100 % festgesetzt worden. Aus diesem Grund seien diese Unterlagen von der Krankenkasse durch das Gericht zu vervollständigen. Es sei von den behandelnden Ärzten des Spitals E.____, Kompetenzzentrum Wirbelsäulenchirurgie, ein Bericht betreffend den aktuellen Gesundheitszustand und die prozentuale Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu verlangen. Trotz der dritten Operation habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verschlechtert. Sie sei wegen anhaltenden Rückenbeschwerden bereits in der gesamten Haushaltführung eingeschränkt und regelmässig unter medizinischer Behandlung. Die gesamte gesundheitliche Situation belaste zunehmend die psychische Befindlichkeit. Die Beschwerdeführerin habe sich bei einem [...] Psychiater angemeldet. Unter Berücksichtigung sämtlicher Umstände seien der Beschwerdeführerin Tätigkeiten mit Heben und Tragen bis 20 kg nicht zumutbar. Ihre Chance in einer angepassten Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt sei 0 %.

5. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente und berufliche Eingliederungsmassnahmen zu Recht verneint hat. Hierzu bedarf es zunächst der Klärung des medizinischen Sachverhalts. Dabei sind im Wesentlichen folgende Unterlagen relevant:

5.1 Am 9. Juli 2013 wurde im Röntgeninstitut F.____ eine MRT-Untersuchung der LWS durchgeführt (IV-Nr. 7, S 31 f.). Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Radiologie, berichtet von einer flachbogigen linkskonvexen Skoliosefehlhaltung der LWS mit multisegmentärer Osteochondrose mit Modic II Veränderungen, im Segment LWK 4/5 leicht am Rand rechts aktiviert; Bei Status nach Diskushernienoperation im Segment LWK 4/5 Nachweis eines breitbasigen medianen /-links mediolateralen Hernienrezidiv mit Tangierung der L5 Wurzel links (korrelierend mit der klinischen Symptomatik); Bulging disc Segment LWK 3/4; Flache links mediolaterale Diskusprotrusion Segment LWK5/SWK1 ohne neurale Kompression.

5.2 Am 11. März 2019 erfolgte im Röntgeninstitut F.____ eine MRT-Untersuchung der HWS nativ und mit i.v. KM (IV-Nr. 7, S. 3 f.). Dr. med. H.____, Facharzt für Radiologie FMH, berichtet von einer relativ grossen zentralen Diskusprotrusion auf Höhe von HWK 4/5, führend bei ohnehin kongenital eher engem Spinalkanal zu einer deutlichen Pelottierung des Myelons (median) von anterior. Es gebe keinen Hinweis auf eine assoziierte Myelopathie. Zusätzlich gebe es den Nachweis einer primär ossär degenerativ und weniger diskogen bedingten, bis zu hochgradigen Foramenenge der Nervenwurzel C6 rechts (Höhe HWK 5/6). Weiter sei das anteroposteriore Aligement erhalten. Kongenital enger Spinalkanal auf Höhe der HWS. Keine signifikante skoliotische Fehllhaltung. In der T1-gewichteten Sequenz gebe es keinen Hinweis auf einen knochenmarksinfiltrativen Prozess. Nach Kontrastmittelgabe gebe es keinen Hinweis auf entzündliche Veränderungen. Die Muskulatur sei symmetrisch. Keine Raumforderungen im Bereich der Halsweichteile. Teilerfasste basale Hirnabschnitte und apikale Lungenabschnitte seien unauffällig.

5.3 Gemäss Bericht von Dr. med. I.____, Chefarzt, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, Spital E.____, vom 26. April 2019 (IV-Nr. 7, S. 8 ff.) erfolgte am 24. April 2019 erneut eine notfallmässige stationäre Aufnahme der Beschwerdeführerin aufgrund einer Schmerzexazerbation im LWS Bereich. Die letztmalige Infiltration habe nur

kurzfristig eine Besserung der Beschwerden erbracht. Nach Untersuchung der klinischen und radiologischen Befunde sei erneut die Indikation zur Infiltrationstherapie gestellt worden. Nach dem Eingriff habe sich eine Beschwerdebesserung feststellen lassen. Die Patientin habe in einem guten Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können.

5.4 Dem Bericht der Praxis J.____ vom 18. Juni 2019 (IV-Nr. 7, S. 27 f.) lässt sich entnehmen, dass am 18. Juni 2019 bei sehr starken Schmerzen eine Infiltration der Nervenwurzeln L5 ■ S1, anstelle der geplanter PRF durchgeführt worden sei, da eine Behandlung der Nervenwurzeln mit PRF in der Regel erst nach vier Wochen zur Schmerzreduktion führe. Es bestehe der Verdacht auf eine Dynamisierung der Bandscheibenproblematik. Daher sei notfallmässig eine MRI der LWS geplant.

5.5 Gemäss Austrittsbericht des Spitals E.____ vom 9. Juli 2019 (IV-Nr. 7, S. 5 ff.) wurde am 8. Juli 2019 bei der Beschwerdeführerin eine Operation durchgeführt (Mikrochirurgische Sequesterektomie L3/4 links; siehe auch Operationsbericht vom 11. Juli 2019, IV-Nr. 7, S. 19 f.). Der operative Eingriff habe ohne weitere Komplikationen durchgeführt werden können. Der postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet und zum Zeitpunkt der Entlassung seien die Wunden trocken und reizlos gewesen. Die Patientin habe in einem guten Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können.

5.6 Dr. med. I.____ hielt in seinem Bericht vom 5. August 2019 (IV-Nr. 7, S. 23 f.) fest, die Patientin komme früher als die geplante 6-Wochen-Kontrolle, da sie einen Urlaub über mehrere Monate in [...] plane. Insgesamt habe sie von der Operation sehr profitiert. Sie habe kaum noch Schmerzen im linken Bein und kompensierten Rückenschmerzen. Klinisch-neurologisch habe die Patientin noch eine leichte Fussheberparese auf der linken Seite.

5.7 Eine am 27. November 2019 im Röntgeninstitut F.____ durchgeführte Röntgenuntersuchung des Thorax ergab einen unauffälligen kardiopulmonalen Befund (IV-Nr. 7, S. 1).

5.8 Anlässlich der MRT- und MRA-Untersuchung des Neurokraniums vom 5. Februar 2020 (Bericht des Röntgeninstituts F.____, IV-Nr. 10) wurde bei der Beschwerdeführerin ein 7 x 7 x 10 mm grosses Aneurysma des terminalen ACI-Segmentes linksseitig festgestellt.

5.9 Anlässlich des Intake-Interviews bei der Beschwerdegegnerin vom 13. Februar 2020 (IV-Nr. 8) berichtete die Beschwerdeführerin, sie sei in Absprache und mit Bewilligung der Ärzte am 10. August 2019 in die [...] gereist und beim Aussteigen aus dem Flugzeug habe sie wiederum eine Blockade im Rücken mit enormen Schmerzen gehabt. In der Folge habe sie einen in [...] ansässigen Spezialisten aufgesucht, der nach einem MRI eine Rückkehr mit dem Flugzeug in die Schweiz untersagt und Anfang September 2019 einen weiteren operativen Eingriff durchgeführt habe. Einen Monat postoperativ habe sie in die Schweiz zurückreisen können. Seit der letzten Operation hätten die Schmerzen nur geringfügig abgenommen und die Spezialisten in [...] hätten den Fall dem Hausarzt übergeben.

5.10 Am 21. April 2020 fand im Spital K.____ eine zerebrale Angiographie statt (siehe Bericht vom 22. April 2020, IV-Nr. 14, S. 4). Dem Bericht des genannten Spitals vom 12. Mai 2020 (IV-Nr. 14, S. 2 f.) lässt sich entnehmen, die Versicherte berichte, seit ca. zwei Jahren unter Kopfschmerzen von nuchal über okzipital ausgehend nach frontal ausstrahlend zu leiden. Sie nehme intermittierend Co-Dafalgan als Bedarfsanalgesie ein, was bisher gut wirke. Die Schmerzen seien in den letzten Monaten eher progredient

gewesen und selten mit Schwindel vergesellschaftet. Keine Rückzugstendenz, keine Photo- oder Phonophobie, keine Nausea während den Kopfschmerzen. Es seien keine Visusstörungen oder anderweitige neurologische Defizite bemerkt worden. Keine Gangunsicherheiten, keine Schluckstörungen. Die Patientin berichte, bezüglich der Nacken- und Kopfschmerzen seien bereits zweimalig physiotherapeutische Therapien durchgeführt worden und man habe vermutet, dass sie aufgrund einer Fehlhaltung diese Beschwerden habe. Diesbezüglich sei auch bereits eine Brustreduktionsplastik diskutiert worden. In der Beurteilung wird aufgeführt, es habe eine klinische Verlaufskontrolle bei oben erwähnter Diagnose nach erfolgter zerebraler Angiographie und seit Monaten progredienten Kopfschmerzen stattgefunden. Mit der Versicherten sei aktuell bei keinen neurologischen Defiziten erneut die Durchführung von Physiotherapie besprochen worden und es sei ihr eine entsprechende Verordnung ausgestellt worden, zudem sei eine ausgebaute Bedarfsanalgesie rezeptiert worden. Differenzialdiagnostisch käme für die Kopfschmerzen allenfalls eine fragliche Chiari-Malformation Typ I als Ursache in Betracht, diesbezüglich zeige die Patientin keine anderweitige Symptomatik. Das weitere Procedere in Bezug auf das ICA-Aneurysma links werde in einer gemeinsamen Sprechstunde von Dr. med. L.____ und Dr. med. M.____ zusammen mit der Versicherten besprochen.

5.11 Gemäss Austrittsbericht des Spitals K.____ vom 26. Juni 2020 (IV-Nr. 19, S. 5 f.) wurde bei der Beschwerdeführerin am 24. Juni 2020 eine endovaskuläre Versorgung mittels Coiling durchgeführt. Der operative Eingriff habe komplikationslos durchgeführt werden können. Postoperativ sei die Überwachung auf der neurochirurgischen Wachstation erfolgt. Nach Rücksprache mit den Kollegen der Neuroradiologie sei die Patientin am 25. Juni 2020 auf die Normalbettenstation verlegt worden. Der Austritt nach Hause in gutem Allgemeinzustand sei am 26. Juni 2020 erfolgt.

5.12 Dr. med. N.____, Praktischer Arzt, berichtet am 11. Juli 2020 (IV-Nr. 16) über chronische Kopfschmerzen, postoperative Rückenschmerzen, Cervicobrachialgien rechts mehr als links und das ICA-Aneurysma. Die Behandlung erfolge mittels Schmerzmedikamenten. Ausserdem erwähnte er eine Depression. Zu den Funktionseinschränkungen oder der Arbeitsfähigkeit wurden keine Ausführungen gemacht.

5.13 Dem ambulanten Bericht Neurochirurgie des Spitals K.____ vom 4. September 2020 (IV-Nr. 19, S. 3 f.) lässt sich entnehmen, die Patientin präsentiere sich mit seit Jahren bestehenden Cervicobrachialgien rechtsbetont. Bei St. n. ICA-Coiling rechtsseitig im Juli 2020 hätten sich keine Hinweise auf eine postinterventionelle Komplikation gezeigt. Gemäss Konsens vom interdisziplinären neurovaskulären Kolloquium vom 2. Juli 2020 empfehle die Gruppe diesbezüglich eine Kontroll-DSA in sechs Monaten. Die oben geschilderte Symptomatik könnte im Rahmen einer zervikalen Degeneration im Sinne eines Bandscheibenvorfalls oder zervikaler Stenose interpretiert werden, DD aktenanamnestisch i.R. Chiari Malformation. Aufgrund dessen sei eine MRT-Untersuchung der HWS veranlasst worden.

5.14 RAD-Arzt Dr. med. D.____, Facharzt Anästhesiologie FMH, führte in seiner Stellungnahme vom 14. Januar 2021 (IV-Nr. 21) aus, die medizinische Situation sei insgesamt unklar und eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht möglich. Daher sei eine polydisziplinäre Begutachtung notwendig.

5.15 Die Beschwerdegegnerin holte bei der Begutachtungsstelle C.____ ein polydisziplinäres Gutachten ein, welches von dieser am 24. Juni 2021 erstattet wurde

(IV-Nr. 37.1 ■ 37.8). Im Gutachten wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

In der Konsensbeurteilung wird aufgeführt, das leichtgradige beidseitige Carpal-tunnelsyndrom und der Status nach dreimaliger lumbaler Operation hätten eine seit Mitte 2019 nicht mehr gegebene Belastbarkeit in der letzten Tätigkeit bedingt. Die Biographie ergebe keinen Anhalt für eine gestörte Entwicklung im Sinne einer Persönlichkeitsstörung. Für die berichtete hohe chronische Schmerzintensität und Einschränkung im Alltag finde sich in den klinischen Befunden kein ausreichendes Korrelat, auch ergäben die Spiegelbestimmungen der Analgetika keinen Anhalt für einen den angegebenen Schmerzen entsprechenden Medikamentenbedarf. Konflikte in der Familie oder im weiteren sozialen Umfeld mit Auswirkung auf die Belastbarkeit lägen anamnestisch nicht vor. In der bisherigen Tätigkeit bestehe seit Mitte 2019 keine Arbeitsfähigkeit (0 %). In einer angepassten Tätigkeit ergebe sich auch rückblickend kein Anhalt für eine Minderung der Belastbarkeit.

5.16 RAD-Arzt Dr. med. D.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 5. Juli 2021 (IV-Nr. 40) fest, das Gutachten sei umfassend, in Kenntnis der Vorakten erstellt, auf eigenen Untersuchungen beruhend, die geklagten Beschwerden berücksichtigend und in der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der daraus resultierenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar und schlüssig. Der RAD könne sich daher dieser Beurteilung anschliessen.

6. Im Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdeführerin weitere medizinische Berichte ein. Diesen zusätzlichen Unterlagen ist insbesondere Folgendes zu entnehmen:

6.1 Gemäss der deutschen Übersetzung des Austrittsberichts des Spitals O.____, [...], vom 20. September 2019 (Urkunde Nr. 6 der Beschwerdeführerin) fand am 18. September 2019 eine Operation statt (Diskektomie durch lumbale Mikrochirurgie einlagig). Die Beschwerdeführerin konnte am 20. September 2019 aus dem Spital entlassen werden.

6.2 Im Bericht von Dr. med. I.____ vom 31. März 2022 (Urkunde Nr. 5 der Beschwerdeführerin) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Die Patientin stelle sich zur klinischen Verlaufskontrolle und MRI-Besprechung vor. Sie berichte, dass die Schmerzen unverändert seien, vor allem ins rechte Bein bis zum Knie ausstrahlend. Sie habe dabei eine undulierende Schmerzsymptomatik tagesabhängig. Insgesamt sei sie auch bei der Hausarbeit eingeschränkt, wobei ihr Mann entsprechend helfe. Längeres Kochen über 15 Minuten könne sie nicht. In der Bildgebung MRI LWS und Röntgen LWS stehend vom 24. März 2022 hätten sich die oben genannten Diagnosen mit einem regelrechten Aligment der Lendenwirbelsäule bei zunehmender Osteochondrose L3/4 und L4/5 gezeigt. Die Patientin wünsche eine konservative Therapie mittels Physiotherapie und Infiltrationsversuch. Ein entsprechender Infiltrationsversuch epidural L4/5 mit Termin werde mit der Patientin vereinbart.

7. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in ihrem ablehnenden Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre C.____-Gutachten vom 24. Juni 2021 (IV-Nr. 37.1 ■ 37.8), weshalb vorweg dessen Beweiswert zu prüfen ist:

7.1 Das polydisziplinäre Gutachten wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärztinnen und Fachärzten, welche die Beschwerdeführerin eingehend untersucht und die Anamnese erhoben haben (IV-Nr. 37.2, S. 28 ff., S. 58 ff., S. 98 ff., S. 129 ff.). Dabei wurden fachspezifische Zusatzuntersuchungen durchgeführt (IV-Nrn. 37.4 [EKG], 37.5 [EKB], 37.6 [Elektrophysiologische Untersuchung], 37.7 [Laboruntersuchung] und 37.8 [MRI HWS, BWS und LWS nativ vom 16. April 2021]) und in die fachärztlichen Beurteilungen miteinbezogen. Wie das Aufführen und Zusammenfassen der Akten in chronologischer Reihenfolge erkennen lässt, wurde das Gutachten zudem in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt (IV-Nr. 37.2, S. 12 ff.). Das Gutachten erfüllt die grundsätzlichen Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise.

7.2 Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt:

7.2.1 Dr. med. P. ____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im allgemein internistischen Teilgutachten (IV-Nr. 37.2, S. 24 ff.) nachvollziehbar aus, weshalb aus allgemein internistischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung nicht attestiert werden kann (IV-Nr. 37.2, S. 45 ff.). So zeige der hiesige internistische Befund eine Adipositas. Die kardiale Befunderhebung und der arterielle Gefässstatus seien unauffällig gewesen, die Blutdruckmessungen ergäben normotone Werte, was für eine gute medikamentöse Einstellung der arteriellen Hypertonie spreche. Das abgeleitete EKG (IV-Nr. 37.4) zeige einen unauffälligen Stromkurvenverlauf. Die pulmonale Befunderhebung sei in Ruhe unauffällig gewesen, nach der Belastungsphase sei Atemnot reklamiert worden, die nach zwei Minuten selbstlimitierend nicht mehr zu erfragen gewesen sei und kausal bei sonst unauffälligem Untersuchungsbefund am ehesten auf den während der Belastung getragenen Mund-Nase-Schutz und einen Trainingsmangel zurückzuführen sein dürfte. Die abdominelle Befunderhebung habe neben adipösen Bauchdecken keine auffälligen Ergebnisse gezeigt, insbesondere habe sich epigastrisch trotz tiefer Palpation kein Druckschmerz gezeigt, was für eine gut medikamentös eingestellte Protonenpumpeninhibition spreche. Hinweise auf eine internistisch bedingte Ursache der anamnestisch reklamierten Kopfschmerzen oder des beidseitigen Tinnitus hätten sich während der 90-minütigen internistischen Untersuchung nicht gezeigt, ebenso seien keine Hinweise auf eine frühzeitige Erschöpfung oder Müdigkeit aufgeschieden. Die Versicherte sei während der internistischen Untersuchung stets attent, aufmerksam, kooperativ und freundlich gewesen. Die Labordiagnostik (IV-Nr. 37.7) habe eine geringgradige Thrombozytose, eine Erhöhung der Blutplättchen, erhöhte Werte für Leukozyten und CRP gezeigt, die als Entzündungsparameter unspezifisch auf einen ablaufenden Entzündungsprozess hindeuteten. Die erhöhte Transaminase GGT deute auf eine Leberbelastung hin, der erhöhte HbA1c-Wert, der einen Überblick über die zurückliegende Blutzuckereinstellung der vergangenen drei Monate gebe, zeige eine verbesserungsfähige Blutzuckereinstellung an. Die Medikamentenspiegel für Tapentadol, Lorazepam und Paracetamol lägen unterhalb des jeweiligen Referenzbereichs, was hinsichtlich der Schmerzmittel Tapentadol und Paracetamol für einen eher geringen Schmerzmittelbedarf und ein eher geringes Schmerzniveau spreche. Die berichtete Alltagsgestaltung mit den Befähigungen, ihr Hobby Lesen zu pflegen, bis zu zweimal wöchentlich zehn Minuten spazieren zu gehen, mit ihrem Auto mit Automatikgetriebe Strecken bis zu fünf Minuten Dauer zu fahren, im Juli 2019 mit dem Flugzeug in [...] zu

reisen und viele gute Sozialkontakte zu pflegen, sprächen nicht für namhaft reduzierte Ressourcen. Auch ergebe sich aus dem klinischen Befund keine Begründung für die berichteten Beschwerden und Einschränkungen. Im internistischen Fachgebiet ergäben sich aufgrund des Aktenkapitels, der Anamnese und der Befunderhebung somit keine Hinweise auf Erkrankungen, die eigenständige, dauerhafte Einschränkungen der Belastbarkeit in der angestammten oder einer vergleichbaren Tätigkeit bedingten. Aufgrund erhöhter Hypoglykämieeignung bei Insulintherapie empfehle sich grundsätzlich ein Verzicht auf Tätigkeiten mit Unfallgefahren und Personentransport.

7.2.2 Dem neurologischen Teilgutachten (IV-Nr. 37.2, S. 54 ff.) liegt eine umfangreiche Befund- und Anamneseerhebung zugrunde. Für die Beurteilung führte Dr. med. Q.____, Facharzt für Neurologie FMH, zusätzlich zur klinischen Untersuchung (IV-Nr. 37.2, S. 74 ff.) eine elektrophysiologische Untersuchung durch (IV-Nr. 37.6) und zog die im Rahmen der Begutachtung erstellten MRI-Berichte der Wirbelsäule und des Gehirns (IV-Nr. 37.8) sowie den Laborbefund (IV-Nr. 37.7) bei (IV-Nr. 37.2, S. 77 ff.). Er beschäftigte sich in seiner medizinischen Beurteilung eingehend mit den von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden. Seine Schlussfolgerungen sind ausführlich und nachvollziehbar (IV-Nr. 37.2, S. 84 ff.): Anamnestisch seien Cervicalgien berichtet worden, eine eindeutig radikulär einzuordnende Ausstrahlung werde nicht angegeben. Weiterhin bestünden rechtsbetonte Armschmerzen beidseitig mit Brachialgia nocturna und morgendlichem, rechtsbetontem Taubheitsgefühl der Hände. Die Gehstrecke sei wegen belastungsverstärkter Knieschmerzen und Lumbalgien limitiert. Das linke Bein schmerze im Bereich des linken dorsalen Oberschenkels und distalen dorsolateralen Unterschenkels sowie des linken Knies. Eine eindeutig lumboradikulär einzuordnende Schmerzausbreitung werde nicht berichtet. Es seien seit zwei Jahren bestehende und zuletzt progrediente mnestische Störungen angegeben worden. Vorrangig berichte die Versicherte von täglichen Kopfschmerzen seit circa einem Jahr, zuvor habe sie unter episodischen Kopfschmerzen gelitten. Es handle sich um mittelgradige bis starke holocephale Kopfschmerzen, bei starken Kopfschmerzen bestünden auch eine Phono- und Photophobie sowie Übelkeit. Symptome einer Aura seien nicht berichtet worden. Die Familienanamnese sei bezüglich Kopfschmerzerkrankungen leer. Sie nehme an zwei bis drei Tagen pro Woche Analgetika ein. Anhand der hiesigen Anamnese lasse sich das Kopfschmerzsyndrom nicht eindeutig zuordnen. Da kein Kopfschmerzkalender geführt werde, sei unklar, ob gemäss der Kopfschmerzklassifikation nach ICHD-3 an mehr als acht Tagen pro Monat die Kriterien einer Migräne erfüllt seien, wie dies für eine chronische Migräne zu fordern wäre. Alternativ seien ein chronischer Spannungskopfschmerz, angesichts der Anamnese zur Häufigkeit der Analgetikaeinnahme aber auch ein Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerz denkbar. Auffällig sei allerdings, dass trotz angegebener häufiger Einnahme von Analgetika laborchemisch die vermeintlich eingenommenen Wirkstoffe Paracetamol und Tramadol unterhalb der Nachweisgrenze lägen. Die anamnestischen Angaben zur Einnahme von Analgetika und folglich auch der Leidensdruck der Versicherten könnten somit hinterfragt werden. Aus neurologischer Sicht sei ein mehrwöchiges Sistieren der Analgetikaeinnahme zu empfehlen. Ein Kopfschmerzkalender sollte geführt werden, nachfolgend könne gegebenenfalls eine leitliniengerechte Kopfschmerztherapie etabliert werden. In der Regel seien Kopfschmerzsyndrome effektiv behandelbar. Ein Zusammenhang mit der intrakraniellen Aneurysma-Behandlung sei nicht anzunehmen, das diesbezügliche Behandlungsergebnis sei regelrecht. Im neurologischen Untersuchungsbefund werde an der Fingerkuppe des

linken Mittelfingers eine Sensibilitätsstörung angegeben, welche seit einem Unfall vor fünf Jahren bestehe. Der weitere neurologische Befund sei ohne Nachweis eines fokalen Defizits, die Muskeleigenreflexe seien seitengleich mittlebhaft einschliesslich der ASR, es fänden sich keine Paresen oder Atrophien. Weder im Bereich der Arme noch im Bereich der Beine zeige sich eine radikulär einzuordnende Sensibilitätsstörung. Bei seit circa fünf Jahren bekanntem Diabetes mellitus, welcher inzwischen insulinpflichtig sei, sei die Pallästhesie an den Grosszehengrundgelenken und bimalleolär jeweils intakt. Namhafte kognitive Störungen seien nicht evident. Auffällig sei ein demonstrativ anmutendes Verhalten mit betont langsamem Gehen im Barfussgang, mehrfach mit in die Flanken gestemmtten Händen (bei unauffälligem Gangbild beim Betreten und Verlassen des Untersuchungsraumes). Für die Durchführung des Knie-Hacke-Versuchs hebe die Versicherte beide Beine mit den Händen unterstützend an, was angesichts fehlender Paresen nicht erforderlich scheine. Bei anamnestischer Angabe von Brachialgia nocturna rechtsbetont beidseitig und einem rechtsbetonten morgendlichen Taubheitsgefühl der Hände sowie einem Schwächegefühl der rechten Hand sei eine elektroneurographische Untersuchung der Armnerven erfolgt. Es finde sich ein beidseitig leichtgradiges Carpal tunnel syndrome, welches die nächtlichen Armschmerzen und das morgendliche Taubheitsgefühl der Hände plausibel erkläre. Klinisch ergebe sich kein Anhalt für eine namhafte Schädigung der Nervi mediani (keine Daumenabduktionsparese, keine erhebliche Sensibilitätsstörung im Medianusversorgungsgebiet). Angesichts der hiesigen elektrophysiologischen Befunde sei zunächst eine konservative Therapie mit nächtlichem Tragen einer volaren Handgelenksschiene beidseitig sinnvoll. Sollten die Beschwerden trotz mehrmonatiger konservativer Therapie nicht rückläufig sein, wäre eine elektrophysiologische Kontrolluntersuchung und gegebenenfalls bei Verschlechterung der elektrophysiologischen Parameter auch eine Carpal tunnel operation zu erwägen. Da ein schlecht eingestellter Diabetes mellitus ein Carpal tunnel syndrome begünstigen könne, sei eine engmaschige Kontrolle des Diabetes mellitus und eine Optimierung der Therapie anzuraten. Bildmorphologisch hätten sich im MRI der Halswirbelsäule vom 16. April 2021 multisegmentale knöchern-degenerative Veränderungen einschliesslich Foramenstenosen mit möglicher Kompression der Wurzel C6 rechts und Reizung der Wurzel C6/7 links gezeigt. Für ein cervicoradikulares Wurzelkompressionssyndrom ergebe sich klinisch kein Anhalt, die anamnestisch beschriebenen Cervicalgien und Armschmerzen könnten anteilig durch diese degenerativen Veränderungen bedingt sein. Ein konsistent schmerzgeplagter Eindruck bestehe jedoch nicht. Auch im spinalen MRT der LWS vom 16. April 2021 hätten sich multisegmentale degenerative Veränderungen mit Facettengelenksarthrosen und Foramenstenosen L4 links gezeigt. Ein Rezidiv-Bandscheibenvorfall oder eine Spinalkanalstenose hätten sich nicht gezeigt, auch klinisch ergebe sich kein Anhalt für eine lumbosakrale Wurzelkompression oder ein Defektsyndrom nach stattgehabten dreimaligen lumbalen Operationen. Im MRT des Kopfes vom 16. April 2021, einschliesslich MR-Angiographie, habe sich ein aktdokumentiert vorbeschriebenes asymptomatisches kleines Aneurysma der Arteria carotis interna rechts im kavernösen Abschnitt bestätigt. Ein Interventionsbedarf bestehe bei fehlender Grössenprogredienz und angesichts der aktuellen Grösse des Aneurysmas von 2 x 3 mm nicht. Das Aneurysma geringer Grösse könne die chronischen Kopfschmerzen nicht erklären. Nach Coiling eines Arteria carotis interna-Aneurysmas links finde sich hier ein regelrechter Befund. Die Marklagerläsionen cerebral seien unspezifisch und ohne eigenständigen Krankheitswert, diese gingen jedoch über das alterstypische Ausmass hinaus. Eine möglichst optimale Einstellung des Diabetes

mellitus und des Bluthochdrucks seien aus neurologischer Sicht sinnvoll, zudem sollte das Rauchen sistiert werden.

Gestützt auf die obigen Ausführungen erscheint auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar: Aus neurologischer Sicht seien bei beidseitigem (hier nach elektrophysiologischen Kriterien leichtgradigem) Carpaltunnelsyndrom Tätigkeiten mit starker händischer Belastung (zum Beispiel dauerhaft händische Tätigkeiten am Fließband oder Tätigkeit als Coiffeuse) ungeeignet. Bei Status nach dreimaliger lumbaler Operation seien weiterhin Tätigkeiten, die mit dem Heben und Tragen schwerer Lasten sowie lumbovertebralen Zwangshaltungen verbunden seien, auf Dauer ungeeignet, auch die zuletzt von der Versicherten ausgeübte Tätigkeit, die mit dem Tragen schwerer Lasten einhergegangen sei, sei somit ungeeignet. Für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten unter Vermeidung lumbovertebraler Zwangshaltungen und Vermeidung starker händischer Belastung bestehe aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

7.2.3 Den Einschätzungen des orthopädischen Teilgutachters (IV-Nr. 37.2, S. 94 ff.) liegt eine umfangreiche klinische Untersuchung (vgl. IV-Nr. 37.2, S. 110 ff.) zugrunde. Dr. med. R.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zog für die Beurteilung die im Rahmen der Begutachtung erstellten MRI-Berichte der Wirbelsäule (IV-Nr. 37.8) sowie den Laborbefund (IV-Nr. 37.7) bei und nahm die von der Beschwerdeführerin mitgebrachten bildgebenden Berichte entgegen («MRI der Lendenwirbelsäule [...] vom 19.08.2019» sowie «Befund der MRT HWS nativ und mit KM Radiologie F.____ vom 11.03.2019»; IV-Nr. 37.2, S. 117). Weiter setzte er sich eingehend mit den Vorakten auseinander (IV-Nr. 37.2, S. 118 f.). Der Orthopäde fasste die Ergebnisse seiner Untersuchungen wie folgt zusammen: Die hiesige funktionelle Untersuchung der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule habe einen alters- und konstitutionsgerechten Befund ohne Nachweis von Nervenwurzelreiz- oder Nervenwurzelkompressionssyndromen an den oberen und unteren Extremitäten ergeben. Im Bereich des rechten Schultergelenks bestehe aber ein leichtgradiges Impingement-Syndrom rechts. Die aktuell durchgeführte MRT Bildgebung der Hals- und Lendenwirbelsäule vom 16. April 2021 zeige die seit Jahren bestehenden polysegmentalen degenerativen Veränderungen der unteren Hals- und unteren Lendenwirbelsäule ohne wesentliche Progredienz. Es bestehe kein frischer Bandscheibenvorfall und keine Myelopathie. Seine Schlussfolgerung, wonach sich aus dem erhobenen orthopädischen Untersuchungsbefund keine Erklärung für das geklagte Beschwerdebild der Versicherten finde, ist daher nachvollziehbar. Dr. med. R.____ berichtet in diesem Zusammenhang auch von Inkonsistenzen (IV-Nr. 37.2, S. 120 f.): Die angegebene Schmerzstärke VAS 8 ■ 9 stehe im deutlichen Gegensatz zur spontanen Mobilität und den hier erhobenen Befunden. Das mühevoll dargebotene Treppensteigen beim Abholen aus der Wartezone im Rahmen der Begutachtung stehe im Gegensatz zur beobachteten spontanen Mobilität im Rahmen der Befragung, des Be- und Entkleidens und der Untersuchung und nachfolgenden Verabschiedung am Ende der gutachterlichen Untersuchung. Die aktuelle orthopädische Untersuchung der Wirbelsäule einschliesslich der bildgebenden Zusatzdiagnostik habe kein erhebliches objektivierbares Defizit ergeben, weshalb die geklagten Beschwerden und Einschränkungen nicht in einen schlüssigen Bezug zum orthopädischen Fachgebiet hätten gebracht werden können. Die hier erhobene endgradige Bewegungseinschränkung des rechten Arms im Schultergelenk sei nicht konsistent und voll reproduzierbar gewesen. Die Stabilitätsprüfungen seien beidseits regelrecht. Hieraus leite sich eine normale Belastbarkeit

beider Arme im Schultergelenk ab. Diese Einschätzung der Leistungsfähigkeit werde gestützt durch die seitengleiche unauffällige Muskelbelegung im Schultergürtelbereich und an beiden Armen. Es bestünden Anzeichen der Verdeutlichung. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit ergibt sich gemäss dem Orthopäden einzig aus den polysegmentalen degenerativen Veränderungen an der unteren Hals- und Lendenwirbelsäule ohne klinisches Korrelat. Daraus leiteten sich allenfalls qualitative Einschränkungen für schwere Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten von mehr als 20 kg sowie für Arbeiten mit wirbelsäulenbelastenden Haltungen (Zwangshaltungen) ab.

Daraus resultierend kommt der orthopädische Gutachter zum nachvollziehbaren Schluss, dass in der bisherigen Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit bestehe (0 %). In körperlich leichten Arbeiten ergebe sich hingegen keine namhafte Einschränkung der Belastbarkeit.

7.2.4 Dr. med. S.____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, erhob nach ausführlicher Befragung der Beschwerdeführerin (IV-Nr. 37.2, S. 141 ff.) den psychiatrischen Befund nach AMDP (IV-Nr. 37.2, S. 146 ff.), führte mehrere testpsychologische Zusatzuntersuchungen durch (vgl. IV-Nr. 37.2, S. 148 ff.) und zog für die Beurteilung zusätzlich die im Rahmen der Begutachtung durchgeführte MRI-Untersuchung des Gehirns (IV-Nr. 37.8) sowie den Laborbefund (IV-Nr. 37.7) bei (IV-Nr. 37.2, S. 155). Die psychiatrische Gutachterin würdigt die Aussagen der Beschwerdeführerin sowie die Ergebnisse der Testuntersuchungen und begründet ausführlich und nachvollziehbar, weshalb kein ausreichender Anhalt für eine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt.

In ihrer Interpretation der testpsychologischen Untersuchung (IV-Nr. 37.2, S. 154) führte sie aus, diese habe unterdurchschnittliche Ergebnisse im Bereich des mittelfristigen visuellen Gedächtnisses, der intrinsischen Alertness, der Verarbeitungsgeschwindigkeit, des Arbeitsgedächtnisses sowie in einem Teilbereich der geteilten Aufmerksamkeit erbracht. Das Beschwerdevalidierungsverfahren habe keine Hinweise auf eine eingeschränkte Leistungsmotivation erbracht. Das Instruktionsverständnis und die Umstellfähigkeit seien ausreichend gegeben. Die Frustrationstoleranz sei gut gegeben. Es hätten sich keine Ermüdungserscheinungen gezeigt und Pausen seien nicht reklamiert worden. Die Arbeitsrichtung bei Papier / Bleistift-Aufgaben sei regelrecht, die visuelle Exploration systematisch. Der Visus sei intakt. In Zusammenschau der Ergebnisse der kognitiven Testung ergebe sich gemäss dem kausalitätsunabhängigen Beurteilungssystem nach Frei et al. der Verdacht auf eine leichte kognitive Störung. Die zerebrale Bildgebung habe jedoch keine erklärende Auffälligkeit geliefert, die Testverfahren seien zudem nicht für die Herkunftsregion der Versicherten normiert.

In ihrer Diagnoseherleitung führte die Psychiaterin aus, die Versicherte berichte in erster Linie, seit zehn Jahren unter starken Rückenbeschwerden und täglichen Kopfschmerzen in Verbindung mit Übelkeit und Erbrechen zu leiden. Die Schmerzstärke werde aktuell mit VAS 7 angegeben, hinsichtlich der Kopfschmerzen mit VAS 4. Die Versicherte mache keinen schmerzgeplagten Eindruck. Sie gebe ein schlechtes Allgemeinbefinden an, würde das Leben als Last empfinden. Psychische Beschwerden seien spontan nicht berichtet, auf Nachfrage dann durchgängig bejaht worden. Im hiesigen AMDP-konform erhobenen Befund seien keine erheblichen Auffälligkeiten zu objektivieren. Insbesondere Stimmung, Antrieb und affektive Schwingungsfähigkeit imponierten nicht namhaft gestört. Themenbezogen, wenn die Versicherte über Operationen und Schmerzen spreche, sei die affektive Schwingungsfähigkeit zum negativen Pol hin eingeeengt. Die Versicherte könne

aber auch lächeln und lachen. Eine affektive Erkrankung sei somit bei fehlenden Achsenkriterien nicht ICD-10-konform zu diagnostizieren. Die Versicherte führe nach gezielten Fragen ungerichtete Ängste und einzelne Panikattacken an, bleibe aber in ihren Ausführungen sehr vage, weiche aus, wechsle das Thema. Die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen einer Angst- oder Panikstörung seien nicht erfüllt. Dies gelte auch für die von der Versicherten (erst auf Nachfrage) angegebenen Zwänge. In der Vergangenheit habe sie häufig geputzt, auch häufig geduscht, aktuell dusche sie nur zwei Mal täglich, weil der Ehemann hier behilflich sein müsse. Die Frage, wie oft sie früher geduscht habe, könne sie nicht beantworten. Sie wasche sich derzeit etwa 15 Mal täglich die Hände, auffällige Hautveränderungen im Bereich der Hände bestünden jedoch nicht. Auch bei Fragen nach innerer Unruhe, Gedächtnis und Konzentration seien zum Teil erhebliche Beeinträchtigungen angeführt worden, ohne, dass diese spezifiziert werden könnten und ohne, dass sich Beeinträchtigungen im Alltag erfragen liessen. Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung seien keine erheblichen Beeinträchtigungen von Gedächtnis, Konzentration und Aufmerksamkeit aufgefallen. Die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen einer Zwangserkrankung, einer Persönlichkeitsstörung, Suchterkrankung, Traumafolgestörung oder anderweitigen psychiatrischen Erkrankung seien ebenfalls nicht erfüllt. Auch eine somatoforme Schmerzstörung liege nicht vor: Ein den Schmerzen zugrundeliegender erheblicher und unbewältigter seelischer oder psychosozialer Konflikt sei anamnestisch nicht herauszuarbeiten. Aktuell bestehe (bei Angabe einer Schmerzstärke von VAS 7) kein namhaft schmerzgeplagter klinischer Eindruck. Unabhängig davon habe die Versicherte auch ausgeführt, dass eine Schmerzmedikation nur bedarfsweise eingesetzt werde. Auch dies spreche gegen das Vorliegen einer erheblichen Beeinträchtigung durch Schmerzen.

Zusammengefasst ist die Beurteilung von Dr. med. S.____, wonach rein fachpsychiatrisch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht bestätigt werden könne, plausibel. Es ist daher keine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Wie die Gutachterin festhält, liegen keine anderen psychiatrischen Stellungnahmen vor, welche eine Arbeitsunfähigkeit bestätigen würden. Gestützt auf dieses beweismässige fachärztliche Teilgutachten, welches eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in überzeugender Weise verneint, kann auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429).

7.2.5 Gestützt auf die schlüssigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung im Gutachten der C.____ zu überzeugen (IV-Nr. 37.2, S. 1 ff.). So berichte die Versicherte hier vorrangig von psychischen Beschwerden und polytopen Schmerzen aufgrund derer sie einer polyvalenten analgetischen Medikation bedürfe. Die hiesigen Befunde hätten ein leichtgradiges beidseitiges Carpaltunnelsyndrom und einen Status nach dreimaliger lumbaler Operation, ohne Nachweis einer radikulären sensomotorischen Störung, gezeigt. Eine namhafte psychiatrische Erkrankung lasse sich nicht erheben. Für die berichtete hohe chronische Schmerzintensität und Einschränkung im Alltag finde sich in den klinischen Befunden kein ausreichendes Korrelat, auch ergäben die Spiegelbestimmungen der Analgetika keinen Anhalt für einen den angegebenen Schmerzen entsprechenden Medikamentenbedarf. Konflikte in der Familie oder im weiteren sozialen Umfeld mit Auswirkung auf die Belastbarkeit lägen anamnestisch nicht vor. Aktenkundig seien keine fachärztlichen Bewertungen der Belastbarkeit mit Differenzierung nach angestammter oder angepasster Tätigkeit abgegeben worden. Die Versicherte schätze sich

selber als in jedweder Tätigkeit arbeitsunfähig ein. Aus dem postoperativen spinalen Status lasse sich bezüglich der letzten Tätigkeit eine Bestätigung ableiten. Es bestehe seit Mitte 2019 in der bisherigen Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit. Für angepasste Arbeiten ergebe sich rückblickend kein Anhalt für eine Minderung der Belastbarkeit.

7.3 Gestützt auf die obigen Ausführungen ist das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre C.____-Gutachten grundsätzlich als beweiskräftig zu erachten. Daran vermögen auch die Rügen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern:

7.3.1 Die Beschwerdeführerin macht geltend, die Beschwerdegegnerin hätte sämtliche Unterlagen über die im August 2019 in [...] erfolgte dritte Wirbelsäulen-Operation einholen resp. vervollständigen müssen, bevor sie ein Gutachten in Auftrag gebe. Aufgrund der fehlenden Dokumentation der Behandlungsschritte sei ein Gesamtbild über die positiven und negativen Veränderungen beim Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht richtig erfasst worden. Die Beschwerdeführerin hat im Rahmen des Beschwerdeverfahrens den Austrittsbericht des Spitals O.____ vom 20. September 2019 eingereicht (Urkunde Nr. 6 der Beschwerdeführerin). Dem Bericht ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin am 18. September 2019 im genannten Spital in [...] operiert wurde und am 20. September 2019 entlassen werden konnte. Angaben zur Arbeitsfähigkeit werden im Bericht keine gemacht. Es ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin postoperativ während einer begrenzten Zeit eingeschränkt gewesen ist. Wie die Beschwerdegegnerin aber zutreffend festhält (vgl. Beschwerdeantwort vom 7. Juni 2022, A.S. 20 f.), schmälert der Umstand, dass die Akten zur Wirbelsäulenoperation in [...] den C.____-Gutachtern nicht vorlagen, den Beweiswert des Administrativgutachtens nicht. Die Gutachter hatten Kenntnis sämtlicher davor und danach erstellter medizinischer Unterlagen. Zudem lässt sich dem orthopädischen Teilgutachten von Dr. med. R.____ entnehmen, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der orthopädischen Untersuchung vom 25. März 2021 einen MRI-Bericht der Lendenwirbelsäule vom 19. August 2019 einreichte, welcher in [...] kurz vor der genannten Operation erstellt worden war (vgl. IV-Nr. 37.2, S. 117). Wie oben festgehalten (E. II. 7.1 hiervor), wurde die Beschwerdeführerin von den C.____-Gutachtern eingehend untersucht, wobei ergänzend fachspezifische Zusatzuntersuchungen durchgeführt wurden, welche in die fachärztlichen Beurteilungen miteinbezogen wurden. Unter Berücksichtigung sämtlicher klinischer sowie bildgebender Untersuchungen kamen die C.____-Gutachter zum Ergebnis, dass die Beschwerdeführerin lediglich in der angestammten Tätigkeit eingeschränkt ist, in einer Verweistätigkeit jedoch keine Einschränkungen bestehen. Diese Einschätzung ist, wie unter E. II. 7.2 hiervor erläutert, nicht zu beanstanden.

7.3.2 Weiter bringt die Beschwerdeführerin sinngemäss vor, die Beschwerdegegnerin habe es versäumt, bei den behandelnden Ärzten des Spitals E.____, Kompetenzzentrum Wirbelsäulenchirurgie, einen Arztbericht einzuholen und ohne diesen sei die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit fehlerhaft. Dies trifft indes nicht zu. So hat die Beschwerdegegnerin beim genannten Spital am 14. Mai 2020 einen Arztbericht eingeholt. Dr. med. T.____, Oberarzt Wirbelsäulenchirurgie, verwies darin auf die beigelegten Berichte, gab aber selber keine Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit ab (IV-Nr. 13). Insofern liegt somit keine Verletzung der Abklärungspflicht vor. Im Übrigen ist betreffend weiterer Beweismassnahmen auf die Praxis zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere

Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162, 104 V 209 E. a S. 211; Urteil des Bundesgerichts 8C_364/2011 vom 11. Oktober 2011 E. 3.1). Da von der durch die Beschwerdeführerin beantragte Einholung eines Berichts betreffend aktuellen Gesundheitszustand und prozentuale Arbeitsfähigkeit beim Spital E.____ keine weiterführenden Erkenntnisse zu erwarten sind, ist davon abzusehen.

7.3.3 Die Beschwerdeführerin lässt in ihrer Replik vom 12. September 2022 (A.S. 29 ff.) weiter vorbringen, ihr Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Zum Nachweis reicht sie im Beschwerdeverfahren einen Bericht des Spitals E.____ vom 31. März 2022 (Urkunde Nr. 5 der Beschwerdeführerin) ein. Die Beschwerdeführerin kann daraus aber nichts zu ihren Gunsten ableiten. Der im Bericht aufgeführten Diagnoseliste lässt sich eine bis zum Erlass der angefochtenen Verfügungen eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht entnehmen. Auch in den übrigen Akten gibt es keine Hinweise dafür. Vielmehr ist dem Bericht zu entnehmen, dass die Schmerzen gemäss Angaben der Beschwerdeführerin unverändert geblieben seien.

7.4 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die C.____-Gutachter zu klaren, schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet werden. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Des Weiteren sind die Schlussfolgerungen der Experten begründet. Damit ist diesem Gutachten auch unter Berücksichtigung der Vorbringen der Beschwerdeführerin voller Beweiswert zuzumessen. Von einer Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes, den die Beschwerdeführerin sinngemäss rügt (A.S. 5 f.), kann vor diesem Hintergrund nicht gesprochen werden. So liegt im Verzicht auf Abnahme weiterer Beweise dann keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör, wenn der Versicherungsträger bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten (vgl. E. II. 3.2 hiervor). Davon ist vorliegend auszugehen.

8. Für den Einkommensvergleich wurden sowohl für die Berechnung des Valideneinkommens wie auch des Invalideneinkommens ein Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen, was grundsätzlich nicht zu beanstanden ist. In Bezug auf das Valideneinkommen ist aufgrund der vorliegenden Akten davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin nach dem Gymnasium in [...] keine universitäre Ausbildung abgeschlossen hat und einige Zeit als Näherin, Betreuerin und als Hausfrau tätig war (IV-Nrn. 9, 37.2 S. 143). Im Jahr 2007 kam sie in die Schweiz. Sie gab an, von 2009 bis 2011 als Köchin und Geschäftsführerin bei einem kleinen Pizza-Service und danach stets temporär in der Reinigung und als Betriebsmitarbeiterin auf Abruf in einem Warenlager gearbeitet zu haben (IV-Nrn. 9, 37.2, S. 143). Zuletzt arbeitete sie vom 4. Mai 2017 bis 29. März 2019 als Temporärmitarbeiterin für das Temporärbüro B.____ AG, [...]. Gemäss dem undatierten Arbeitgeberfragebogen der B.____ AG (Eingang IV-Stelle: 1. Mai 2020, IV-Nr. 12) war der Arbeitsvertrag befristet. Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin, für die Festsetzung des Valideneinkommens auf einen Tabellenlohn abzustellen, ist daher nicht zu beanstanden.

Weiter gab die Beschwerdeführerin anlässlich des Intake-Interviews vom 13. Februar 2020 (IV-Nr. 8) an, dass sie ohne Gesundheitsschaden in einem 100%-Pensum arbeiten würde. Dem Auszug aus dem individuellen Konto (IV-Nr. 11) lässt sich aber entnehmen, dass die

Beschwerdeführerin nie ein Jahreseinkommen erzielte, welches einem 100%-Pensum entspricht (CHF 26'533.00 im Jahr 2012; CHF 24'721.00 im Jahr 2013; CHF 24'813.00 im Jahr 2014; CHF 18'278.00 im Jahr 2015; CHF 16'575.00 im Jahr 2016; CHF 19'473.00 im Jahr 2017; CHF 14'949.00 im Jahr 2018). Folgerichtig hat die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung festgehalten, dass die Beschwerdeführerin nie eine Erwerbstätigkeit in einem 100%-Pensum ausgeübt habe. Die Beschwerdegegnerin liess aber die Statusfrage offen und stellte für das Valideneinkommen auf den Totalwert für Frauen auf Kompetenzniveau 1 («Einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art») ab, was einem deutlich höheren Einkommen entspricht als die Beschwerdeführerin ursprünglich verdiente. Dieses für die Beschwerdeführerin vorteilhaftere Vorgehen ist ebenfalls nicht zu beanstanden.

Mit der gesundheitlichen Einschränkung sind der Beschwerdeführerin ebenfalls Arbeitsstellen in diesem Segment zugänglich. Es bietet sich aufgrund des Gesagten an, sowohl für die Bemessung des Valideneinkommens wie auch des Invalideneinkommens auf den Tabellenlohn LSE 2018, TA1_tirage_skill_level, Total Niveau 1 Frauen abzustellen, da dieser Tabellenlohn im Licht der bisher von der Beschwerdeführerin ausgeführten Arbeiten und der möglichen Tätigkeiten korrekt erscheint. Damit erübrigt sich eine genaue betragsmässige Ermittlung, denn der Invaliditätsgrad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_358/2017 vom 4. August 2017 E.

E. 5

Es sei die fehlenden Unterlagen betreffend die 3. Wirbelsäule-Operation im August 2019 in [...] zu vervollständigen bzw. von der Krankenkassenversicherung der Beschwerdeführerin zu verlangen.

E. 6

Es sei von den behandelnden Ärzten des E.____, Kompetenzzentrum Wirbelsäulenchirurgie, einen Bericht betreffend aktuellen Gesundheitszustand und prozentuale Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu verlangen.

E. 7

Es sei der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. 3. Im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 7. Juni 2022 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (A.S. 20 f.). 4. Mit Verfügung vom 27. Juli 2022 gewährt das Versicherungsgericht der Beschwerdeführerin ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von sämtlichen Gerichtskosten und der Kostenvorschusspflicht; A.S. 22 f.). 5. Mit Replik vom 12. September 2022 lässt sich die Beschwerdeführerin abschliessend vernehmen. Gleichzeitig reicht sie weitere Unterlagen zu den Akten (A.S. 29 ff.). Die Beschwerdegegnerin verzichtet in der Folge auf eine Duplik (A.S. 33). 6. Mit Eingabe vom 24. Oktober 2022 reicht die Vertreterin der Beschwerdeführerin weitere Unterlagen sowie ihre Kostennote zu den Akten (A.S. 34 ff.), welche der Beschwerdegegnerin am 25. Oktober 2022 zur Kenntnisnahme zugestellt werden (A.S. 37). 7. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 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 Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf

den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 25. März 2022) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 366 E. 1b).

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 den Bestimmungen des IVG und denjenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung zu beurteilen. 2. 2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in Kraft bis 31. Dezember 2021) haben jene Versicherten 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 die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). 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.

2.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu 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 (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat 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 (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 S. 349 mit Hinweisen). 3. 3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261). 3.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz

beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle 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 hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b 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 351 E. 3a S. 352). 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 157 E. 1c S. 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. Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

4. 4.1 Die Beschwerdegegnerin hält in ihrer Verfügung vom 25. März 2022 (A.S. 1 ff.) im Wesentlichen fest, die Beschwerdeführerin sei spätestens seit Juli 2019 (zweite Lendenwirbeloperation) in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Aus versicherungsmedizinischer Sicht seien ihr Tätigkeiten mit Heben und Tragen schwerer Lasten (mehr als 20 kg) sowie Tätigkeiten mit dauerhafter Belastung der Hände nicht mehr zumutbar. Zumutbar seien ihr körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten unter Vermeidung lumbovertebraler Zwangshaltungen und unter Vermeidung von Tätigkeiten mit starker Belastung der Hände. In solchen angepassten Tätigkeiten bestehe eine volle, 100%ige Arbeitsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin habe anlässlich des Intake-Gespräches vom 13. Februar 2020 angegeben, sie würde ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen in einem Arbeitspensum von 100 % arbeiten. Wie dem Auszug aus dem individuellen Konto (IK) entnommen werden könne, habe sie bisher nie eine Erwerbstätigkeit in einem 100%-Pensum ausgeübt. Die für die Wahl der

Berechnungsmethode des Invaliditätsgrades entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen sei, könne vorliegend offengelassen werden, da bei ihr auch im Aufgabenbereich Haushalt von keiner erheblichen Einschränkung auszugehen sei. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades im Bereich der Erwerbstätigkeit werde die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs angewandt. Es resultiere ein Invaliditätsgrad von 0 %. Als Entscheidungsgrundlage diene der IV-Stelle das polydisziplinäre Gutachten der C.____ vom 24. Juni 2021. Das Gutachten entspreche den von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien für eine beweiskräftige Expertise (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis). Das Gutachten sei umfassend, sei in Kenntnis der Vorakten erstellt worden, beruhe auf eigenen Untersuchungen, berücksichtige die geklagten Beschwerden und sei in der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der daraus resultierenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar und schlüssig. Im Einwand werde nichts vorgebracht, was den Beweiswert des Gutachtens schmälern könnte. Das Gutachten vermöge zu überzeugen, darauf könne abgestellt werden. Von weiteren Abklärungen seien keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten. In einer körperlich angepassten Tätigkeit bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit. 4.2 Der Beschwerde (A.S. 3 ff.) lässt sich entnehmen, gemäss den Unterlagen sei der Beschwerdegegnerin bewusst gewesen, dass die Beschwerdeführerin kurz nach der zweiten Wirbelsäulen-OP während eines Ferienaufenthaltes in [...] im August 2019 aufgrund einer Blockade notfallmässig zum dritten Mal habe operiert werden müssen. Die Beschwerdegegnerin hätte diese Unterlagen vervollständigen müssen, bevor sie ein Gutachten in Auftrag gebe. Aufgrund der fehlenden Dokumentation der Behandlungsschritte sei ein Gesamtbild über die positiven und negativen Veränderungen beim Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht richtig erfasst worden. Obwohl die Beschwerdeführerin zwischen 11. März 2019 und 24. Juni 2020 dreimal operiert worden sei und immer unter regelmässiger Behandlung gewesen sei, sei ihre Arbeitsfähigkeit im Gutachten sogar ab 2019 auf 100 % festgesetzt worden. Aus diesem Grund seien diese Unterlagen von der Krankenkasse durch das Gericht zu vervollständigen. Es sei von den behandelnden Ärzten des Spitals E.____, Kompetenzzentrum Wirbelsäulenchirurgie, ein Bericht betreffend den aktuellen Gesundheitszustand und die prozentuale Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu verlangen. Trotz der dritten Operation habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verschlechtert. Sie sei wegen anhaltenden Rückenbeschwerden bereits in der gesamten Haushaltsführung eingeschränkt und regelmässig unter medizinischer Behandlung. Die gesamte gesundheitliche Situation belaste zunehmend die psychische Befindlichkeit. Die Beschwerdeführerin habe sich bei einem [...] Psychiater angemeldet. Unter Berücksichtigung sämtlicher Umstände seien der Beschwerdeführerin Tätigkeiten mit Heben und Tragen bis 20 kg nicht zumutbar. Ihre Chance in einer angepassten Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt sei 0 %. 5. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente und berufliche Eingliederungsmassnahmen zu Recht verneint hat. Hierzu bedarf es zunächst der Klärung des medizinischen Sachverhalts. Dabei sind im Wesentlichen folgende Unterlagen relevant: 5.1 Am 9. Juli 2013 wurde im Röntgeninstitut F.____ eine MRT-Untersuchung der LWS durchgeführt (IV-Nr. 7, S 31 f.). Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Radiologie, berichtet von einer flachbogigen linkskonvexen Skoliosefehlhaltung der LWS mit multisegmentärer Osteochondrose mit Modic II Veränderungen, im Segment LWK 4/5 leicht am Rand rechts aktiviert; Bei Status nach Diskushernienoperation im Segment

LWK 4/5 Nachweis eines breitbasigen medianen /-links mediolateralen Hernienrezidiv mit Tangierung der L5 Wurzel links (korrelierend mit der klinischen Symptomatik); Bulging disc Segment LWK 3/4; Flache links mediolaterale Diskusprotrusion Segment LWK5/SWK1 ohne neurale Kompression. 5.2 Am 11. März 2019 erfolgte im Röntgeninstitut F.____ eine MRT-Untersuchung der HWS nativ und mit i.v. KM (IV-Nr. 7, S. 3 f.). Dr. med. H.____, Facharzt für Radiologie FMH, berichtet von einer relativ grossen zentralen Diskusprotrusion auf Höhe von HWK 4/5, führend bei ohnehin kongenital eher engem Spinalkanal zu einer deutlichen Pelottierung des Myelons (median) von anterior. Es gebe keinen Hinweis auf eine assoziierte Myelopathie. Zusätzlich gebe es den Nachweis einer primär ossär degenerativ und weniger diskogen bedingten, bis zu hochgradigen Foramenenge der Nervenwurzel C6 rechts (Höhe HWK 5/6). Weiter sei das anteroposteriore Aligment erhalten. Kongenital enger Spinalkanal auf Höhe der HWS. Keine signifikante skoliotische Fehllhaltung. In der T1-gewichteten Sequenz gebe es keinen Hinweis auf einen knochenmarksinfiltrativen Prozess. Nach Kontrastmittelgabe gebe es keinen Hinweis auf entzündliche Veränderungen. Die Muskulatur sei symmetrisch. Keine Raumforderungen im Bereich der Halsweichteile. Teilerfasste basale Hirnabschnitte und apikale Lungenabschnitte seien unauffällig. 5.3 Gemäss Bericht von Dr. med. I.____, Chefarzt, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, Spital E.____, vom 26. April 2019 (IV-Nr. 7, S. 8 ff.) erfolgte am 24. April 2019 erneut eine notfallmässige stationäre Aufnahme der Beschwerdeführerin aufgrund einer Schmerzexazerbation im LWS Bereich. Die letztmalige Infiltration habe nur kurzfristig eine Besserung der Beschwerden erbracht. Nach Untersuchung der klinischen und radiologischen Befunde sei erneut die Indikation zur Infiltrationstherapie gestellt worden. Nach dem Eingriff habe sich eine Beschwerdebesserung feststellen lassen. Die Patientin habe in einem guten Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können. 5.4 Dem Bericht der Praxis J.____ vom 18. Juni 2019 (IV-Nr. 7, S. 27 f.) lässt sich entnehmen, dass am 18. Juni 2019 bei sehr starken Schmerzen eine Infiltration der Nervenwurzeln L5 – S1, anstelle der geplanter PRF durchgeführt worden sei, da eine Behandlung der Nervenwurzeln mit PRF in der Regel erst nach vier Wochen zur Schmerzreduktion führe. Es bestehe der Verdacht auf eine Dynamisierung der Bandscheibenproblematik. Daher sei notfallmässig eine MRI der LWS geplant. 5.5 Gemäss Austrittsbericht des Spitals E.____ vom 9. Juli 2019 (IV-Nr. 7, S. 5 ff.) wurde am 8. Juli 2019 bei der Beschwerdeführerin eine Operation durchgeführt (Mikrochirurgische Sequesterektomie L3/4 links; siehe auch Operationsbericht vom 11. Juli 2019, IV-Nr. 7, S. 19 f.). Der operative Eingriff habe ohne weitere Komplikationen durchgeführt werden können. Der postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet und zum Zeitpunkt der Entlassung seien die Wunden trocken und reizlos gewesen. Die Patientin habe in einem guten Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können. 5.6 Dr. med. I.____ hielt in seinem Bericht vom 5. August 2019 (IV-Nr. 7, S. 23 f.) fest, die Patientin komme früher als die geplante 6-Wochen-Kontrolle, da sie einen Urlaub über mehrere Monate in [...] plane. Insgesamt habe sie von der Operation sehr profitiert. Sie habe kaum noch Schmerzen im linken Bein und kompensierten Rückenschmerzen. Klinisch-neurologisch habe die Patientin noch eine leichte Fussheberparese auf der linken Seite. 5.7 Eine am 27. November 2019 im Röntgeninstitut F.____ durchgeführte Röntgenuntersuchung des Thorax ergab einen unauffälligen kardiopulmonalen Befund (IV-Nr. 7, S. 1). 5.8 Anlässlich der MRT- und MRA-Untersuchung des Neurokraniums vom 5. Februar 2020 (Bericht des Röntgeninstituts F.____, IV-Nr. 10) wurde bei der Beschwerdeführerin ein 7 x 7 x 10 mm grosses Aneurysma des terminalen ACI-Segmentes

linksseitig festgestellt. 5.9 Anlässlich des Intake-Interviews bei der Beschwerdeführerin vom 13. Februar 2020 (IV-Nr. 8) berichtete die Beschwerdeführerin, sie sei in Absprache und mit Bewilligung der Ärzte am 10. August 2019 in die [...] gereist und beim Aussteigen aus dem Flugzeug habe sie wiederum eine Blockade im Rücken mit enormen Schmerzen gehabt. In der Folge habe sie einen in [...] ansässigen Spezialisten aufgesucht, der nach einem MRI eine Rückkehr mit dem Flugzeug in die Schweiz untersagt und Anfang September 2019 einen weiteren operativen Eingriff durchgeführt habe. Einen Monat postoperativ habe sie in die Schweiz zurückreisen können. Seit der letzten Operation hätten die Schmerzen nur geringfügig abgenommen und die Spezialisten in [...] hätten den Fall dem Hausarzt übergeben. 5.10 Am 21. April 2020 fand im Spital K.____ eine zerebrale Angiographie statt (siehe Bericht vom 22. April 2020, IV-Nr. 14, S. 4). Dem Bericht des genannten Spitals vom 12. Mai 2020 (IV-Nr. 14, S. 2 f.) lässt sich entnehmen, die Versicherte berichte, seit ca. zwei Jahren unter Kopfschmerzen von nuchal über okzipital ausgehend nach frontal ausstrahlend zu leiden. Sie nehme intermittierend Co-Dafalgan als Bedarfsanalgesie ein, was bisher gut wirke. Die Schmerzen seien in den letzten Monaten eher progredient gewesen und selten mit Schwindel vergesellschaftet. Keine Rückzugstendenz, keine Photo- oder Phonophobie, keine Nausea während den Kopfschmerzen. Es seien keine Visusstörungen oder anderweitige neurologische Defizite bemerkt worden. Keine Gangunsicherheiten, keine Schluckstörungen. Die Patientin berichte, bezüglich der Nacken- und Kopfschmerzen seien bereits zweimalig physiotherapeutische Therapien durchgeführt worden und man habe vermutet, dass sie aufgrund einer Fehlhaltung diese Beschwerden habe. Diesbezüglich sei auch bereits eine Brustreduktionsplastik diskutiert worden. In der Beurteilung wird aufgeführt, es habe eine klinische Verlaufskontrolle bei oben erwähnter Diagnose nach erfolgter zerebraler Angiographie und seit Monaten progredienten Kopfschmerzen stattgefunden. Mit der Versicherten sei aktuell bei keinen neurologischen Defiziten erneut die Durchführung von Physiotherapie besprochen worden und es sei ihr eine entsprechende Verordnung ausgestellt worden, zudem sei eine ausgebaute Bedarfsanalgesie rezeptiert worden. Differenzialdiagnostisch käme für die Kopfschmerzen allenfalls eine fragliche Chiari-Malformation Typ I als Ursache in Betracht, diesbezüglich zeige die Patientin keine anderweitige Symptomatik. Das weitere Procedere in Bezug auf das ICA-Aneurysma links werde in einer gemeinsamen Sprechstunde von Dr. med. L.____ und Dr. med. M.____ zusammen mit der Versicherten besprochen. 5.11 Gemäss Austrittsbericht des Spitals K.____ vom 26. Juni 2020 (IV-Nr. 19, S. 5 f.) wurde bei der Beschwerdeführerin am 24. Juni 2020 eine endovaskuläre Versorgung mittels Coiling durchgeführt. Der operative Eingriff habe komplikationslos durchgeführt werden können. Postoperativ sei die Überwachung auf der neurochirurgischen Wachstation erfolgt. Nach Rücksprache mit den Kollegen der Neuroradiologie sei die Patientin am 25. Juni 2020 auf die Normalbettenstation verlegt worden. Der Austritt nach Hause in gutem Allgemeinzustand sei am 26. Juni 2020 erfolgt. 5.12 Dr. med. N.____, Praktischer Arzt, berichtet am 11. Juli 2020 (IV-Nr. 16) über chronische Kopfschmerzen, postoperative Rückenschmerzen, Cervicobrachialgien rechts mehr als links und das ICA-Aneurysma. Die Behandlung erfolge mittels Schmerzmedikamenten. Ausserdem erwähnte er eine Depression. Zu den Funktionseinschränkungen oder der Arbeitsfähigkeit wurden keine Ausführungen gemacht. 5.13 Dem ambulanten Bericht Neurochirurgie des Spitals K.____ vom 4. September 2020 (IV-Nr. 19, S. 3 f.) lässt sich entnehmen, die Patientin präsentiere sich mit seit Jahren bestehenden Cervicobrachialgien rechtsbetont. Bei St. n. ICA-Coiling rechtsseitig im Juli

2020 hätten sich keine Hinweise auf eine postinterventionelle Komplikation gezeigt. Gemäss Konsens vom interdisziplinären neurovaskulären Kolloquium vom 2. Juli 2020 empfehle die Gruppe diesbezüglich eine Kontroll-DSA in sechs Monaten. Die oben geschilderte Symptomatik könnte im Rahmen einer zervikalen Degeneration im Sinne eines Bandscheibenvorfalls oder zervikaler Stenose interpretiert werden, DD akutenanamnestisch i.R. Chiari Malformation. Aufgrund dessen sei eine MRT-Untersuchung der HWS veranlasst worden. 5.14 RAD-Arzt Dr. med. D.____, Facharzt Anästhesiologie FMH, führte in seiner Stellungnahme vom 14. Januar 2021 (IV-Nr. 21) aus, die medizinische Situation sei insgesamt unklar und eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht möglich. Daher sei eine polydisziplinäre Begutachtung notwendig. 5.15 Die Beschwerdegegnerin holte bei der Begutachtungsstelle C.____ ein polydisziplinäres Gutachten ein, welches von dieser am 24. Juni 2021 erstattet wurde (IV-Nr. 37.1 – 37.8). Im Gutachten wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Leichtgradiges beidseitiges Carpaltunnelsyndrom - Status nach dreimaliger lumbaler Operation, ohne Nachweis einer radikulären sensomotorischen Störung - Status nach interlaminärer Fensterung LWK4-LWK5 rechts mit Sequesterotomie und Rezessotomie (13. Mai 2009) - Status nach spinaler Dekompression und Sequesterotomie LWK3/4 links wegen Diskushernie und Rezessusstenose (8. Juli 2019) Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Diabetes mellitus Typ II, insulintherapiert - Arterielle Hypertonie - Adipositas Grad I - Nikotinkonsum - Cephalgien unklarer Genese und Ausprägung - Asymptomatisches Aneurysma einer Grösse von 2 – 3 mm der Carotis interna rechts im kavernenösen Abschnitt, Status nach Coiling eines Arteria carotis interna-Aneurysmas links - Leichtgradiges Impingement-Syndrom rechts In der Konsensbeurteilung wird aufgeführt, das leichtgradige beidseitige Carpaltunnelsyndrom und der Status nach dreimaliger lumbaler Operation hätten eine seit Mitte 2019 nicht mehr gegebene Belastbarkeit in der letzten Tätigkeit bedingt. Die Biographie ergebe keinen Anhalt für eine gestörte Entwicklung im Sinne einer Persönlichkeitsstörung. Für die berichtete hohe chronische Schmerzintensität und Einschränkung im Alltag finde sich in den klinischen Befunden kein ausreichendes Korrelat, auch ergäben die Spiegelbestimmungen der Analgetika keinen Anhalt für einen den angegebenen Schmerzen entsprechenden Medikamentenbedarf. Konflikte in der Familie oder im weiteren sozialen Umfeld mit Auswirkung auf die Belastbarkeit lägen anamnestisch nicht vor. In der bisherigen Tätigkeit bestehe seit Mitte 2019 keine Arbeitsfähigkeit (0 %). In einer angepassten Tätigkeit ergebe sich auch rückblickend kein Anhalt für eine Minderung der Belastbarkeit. 5.16 RAD-Arzt Dr. med. D.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 5. Juli 2021 (IV-Nr. 40) fest, das Gutachten sei umfassend, in Kenntnis der Vorakten erstellt, auf eigenen Untersuchungen beruhend, die geklagten Beschwerden berücksichtigend und in der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der daraus resultierenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar und schlüssig. Der RAD könne sich daher dieser Beurteilung anschliessen.

6. Im Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdeführerin weitere medizinische Berichte ein. Diesen zusätzlichen Unterlagen ist insbesondere Folgendes zu entnehmen:

6.1 Gemäss der deutschen Übersetzung des Austrittsberichts des Spitals O.____, [...], vom 20. September 2019 (Urkunde Nr. 6 der Beschwerdeführerin) fand am 18. September 2019 eine Operation statt (Diskektomie durch lumbale Mikrochirurgie einlagig). Die Beschwerdeführerin konnte am 20. September 2019 aus dem Spital entlassen werden.

6.2 Im Bericht von Dr. med. I.____ vom 31. März 2022 (Urkunde Nr. 5 der Beschwerdeführerin) wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Diskushernie L4/5 rechts rezessal 2.

Diskusprotrusion L3/4 links mit foraminaler Enge 3. Status nach Sequestrektomie L3/4 links Juli 2019 und anamnestisch Rezidiv-Sequestrektomie im August 2019 in [...] 4. Diskusprotrusion C5/6 foraminal rechts mit Radikulopathie mit erfolgreicher Infiltration extraforaminal C5/6 vom 10. Februar 2022 Die Patientin stelle sich zur klinischen Verlaufskontrolle und MRI-Besprechung vor. Sie berichte, dass die Schmerzen unverändert seien, vor allem ins rechte Bein bis zum Knie ausstrahlend. Sie habe dabei eine undulierende Schmerzsymptomatik tagesabhängig. Insgesamt sei sie auch bei der Hausarbeit eingeschränkt, wobei ihr Mann entsprechend helfe. Längeres Kochen über 15 Minuten könne sie nicht. In der Bildgebung MRI LWS und Röntgen LWS stehend vom 24. März 2022 hätten sich die oben genannten Diagnosen mit einem regelrechten Alignment der Lendenwirbelsäule bei zunehmender Osteochondrose L3/4 und L4/5 gezeigt. Die Patientin wünsche eine konservative Therapie mittels Physiotherapie und Infiltrationsversuch. Ein entsprechender Infiltrationsversuch epidural L4/5 mit Termin werde mit der Patientin vereinbart. 7. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in ihrem ablehnenden Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre C.____-Gutachten vom 24. Juni 2021 (IV-Nr. 37.1 – 37.8), weshalb vorweg dessen Beweiswert zu prüfen ist: 7.1 Das polydisziplinäre Gutachten wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärztinnen und Fachärzten, welche die Beschwerdeführerin eingehend untersucht und die Anamnese erhoben haben (IV-Nr. 37.2, S. 28 ff., S. 58 ff., S. 98 ff., S. 129 ff.). Dabei wurden fachspezifische Zusatzuntersuchungen durchgeführt (IV-Nrn. 37.4 [EKG], 37.5 [EKB], 37.6 [Elektrophysiologische Untersuchung], 37.7 [Laboruntersuchung] und 37.8 [MRI HWS, BWS und LWS nativ vom 16. April 2021]) und in die fachärztlichen Beurteilungen miteinbezogen. Wie das Aufführen und Zusammenfassen der Akten in chronologischer Reihenfolge erkennen lässt, wurde das Gutachten zudem in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt (IV-Nr. 37.2, S. 12 ff.). Das Gutachten erfüllt die grundsätzlichen Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise.

E. 7.2

Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt:

E. 7.2.1

Dr. med. P.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im allgemeininternistischen Teilgutachten (IV-Nr. 37.2, S. 24 ff.) nachvollziehbar aus, weshalb aus allgemeininternistischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung nicht attestiert werden kann (IV-Nr. 37.2, S. 45 ff.). So zeige der hiesige internistische Befund eine Adipositas. Die kardiale Befunderhebung und der arterielle Gefässstatus seien unauffällig gewesen, die Blutdruckmessungen ergäben normotone Werte, was für eine gute medikamentöse Einstellung der arteriellen Hypertonie spreche. Das abgeleitete EKG (IV-Nr. 37.4) zeige einen unauffälligen Stromkurvenverlauf. Die pulmonale Befunderhebung sei in Ruhe unauffällig gewesen, nach der Belastungsphase sei Atemnot reklamiert worden, die nach zwei Minuten selbstlimitierend nicht mehr zu erfragen gewesen sei und kausal bei sonst unauffälligem Untersuchungsbefund am ehesten auf den während der Belastung getragenen Mund-Nase-Schutz und einen Trainingsmangel zurückzuführen sein dürfte. Die abdominelle Befunderhebung habe neben adipösen Bauchdecken keine auffälligen Ergebnisse gezeigt, insbesondere habe sich epigastrisch trotz tiefer Palpation kein Druckschmerz gezeigt, was für eine gut medikamentös

eingestellte Protonenpumpeninhibition spreche. Hinweise auf eine internistisch bedingte Ursache der anamnestisch reklamierten Kopfschmerzen oder des beidseitigen Tinnitus hätten sich während der 90-minütigen internistischen Untersuchung nicht gezeigt, ebenso seien keine Hinweise auf eine frühzeitige Erschöpfung oder Müdigkeit aufgeschieden. Die Versicherte sei während der internistischen Untersuchung stets attent, aufmerksam, kooperativ und freundlich gewesen. Die Labordiagnostik (IV-Nr. 37.7) habe eine geringgradige Thrombozytose, eine Erhöhung der Blutplättchen, erhöhte Werte für Leukozyten und CRP gezeigt, die als Entzündungsparameter unspezifisch auf einen ablaufenden Entzündungsprozess hindeuteten. Die erhöhte Transaminase GGT deute auf eine Leberbelastung hin, der erhöhte HbA1c-Wert, der einen Überblick über die zurückliegende Blutzuckereinstellung der vergangenen drei Monate gebe, zeige eine verbesserungsfähige Blutzuckereinstellung an. Die Medikamentenspiegel für Tapentadol, Lorazepam und Paracetamol lägen unterhalb des jeweiligen Referenzbereichs, was hinsichtlich der Schmerzmittel Tapentadol und Paracetamol für einen eher geringen Schmerzmittelbedarf und ein eher geringes Schmerzniveau spreche. Die berichtete Alltagsgestaltung mit den Befähigungen, ihr Hobby Lesen zu pflegen, bis zu zweimal wöchentlich zehn Minuten spazieren zu gehen, mit ihrem Auto mit Automatikgetriebe Strecken bis zu fünf Minuten Dauer zu fahren, im Juli 2019 mit dem Flugzeug in [...] zu reisen und viele gute Sozialkontakte zu pflegen, sprächen nicht für namhaft reduzierte Ressourcen. Auch ergebe sich aus dem klinischen Befund keine Begründung für die berichteten Beschwerden und Einschränkungen. Im internistischen Fachgebiet ergäben sich aufgrund des Aktenkapitels, der Anamnese und der Befunderhebung somit keine Hinweise auf Erkrankungen, die eigenständige, dauerhafte Einschränkungen der Belastbarkeit in der angestammten oder einer vergleichbaren Tätigkeit bedingten. Aufgrund erhöhter Hypoglykämieeignung bei Insulintherapie empfehle sich grundsätzlich ein Verzicht auf Tätigkeiten mit Unfallgefahren und Personentransport.

7.2.2 Dem neurologischen Teilgutachten (IV-Nr. 37.2, S. 54 ff.) liegt eine umfangreiche Befund- und Anamneseerhebung zugrunde. Für die Beurteilung führte Dr. med. Q.____, Facharzt für Neurologie FMH, zusätzlich zur klinischen Untersuchung (IV-Nr. 37.2, S. 74 ff.) eine elektrophysiologische Untersuchung durch (IV-Nr. 37.6) und zog die im Rahmen der Begutachtung erstellten MRI-Berichte der Wirbelsäule und des Gehirns (IV-Nr. 37.8) sowie den Laborbefund (IV-Nr. 37.7) bei (IV-Nr. 37.2, S. 77 ff.). Er beschäftigte sich in seiner medizinischen Beurteilung eingehend mit den von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden. Seine Schlussfolgerungen sind ausführlich und nachvollziehbar (IV-Nr. 37.2, S. 84 ff.): Anamnestisch seien Cervicalgien berichtet worden, eine eindeutig radikulär einzuordnende Ausstrahlung werde nicht angegeben. Weiterhin bestünden rechtsbetonte Armschmerzen beidseitig mit Brachialgia nocturna und morgendlichem, rechtsbetontem Taubheitsgefühl der Hände. Die Gehstrecke sei wegen belastungsverstärkter Knieschmerzen und Lumbalgien limitiert. Das linke Bein schmerze im Bereich des linken dorsalen Oberschenkels und distalen dorsolateralen Unterschenkels sowie des linken Knies. Eine eindeutig lumboradikulär einzuordnende Schmerzausbreitung werde nicht berichtet. Es seien seit zwei Jahren bestehende und zuletzt progrediente mnestiche Störungen angegeben worden. Vorrangig berichte die Versicherte von täglichen Kopfschmerzen seit circa einem Jahr, zuvor habe sie unter episodischen Kopfschmerzen gelitten. Es handle sich um mittelgradige bis starke holocephale Kopfschmerzen, bei starken Kopfschmerzen bestünden auch eine Phono- und Photophobie sowie Übelkeit. Symptome einer Aura seien nicht berichtet worden. Die Familienanamnese sei bezüglich Kopfschmerzerkrankungen

leer. Sie nehme an zwei bis drei Tagen pro Woche Analgetika ein. Anhand der hiesigen Anamnese lasse sich das Kopfschmerzsyndrom nicht eindeutig zuordnen. Da kein Kopfschmerzkalender geführt werde, sei unklar, ob gemäss der Kopfschmerzklassifikation nach ICHD-3 an mehr als acht Tagen pro Monat die Kriterien einer Migräne erfüllt seien, wie dies für eine chronische Migräne zu fordern wäre. Alternativ seien ein chronischer Spannungskopfschmerz, angesichts der Anamnese zur Häufigkeit der Analgetikaeinnahme aber auch ein Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerz denkbar. Auffällig sei allerdings, dass trotz angegebener häufiger Einnahme von Analgetika laborchemisch die vermeintlich eingenommenen Wirkstoffe Paracetamol und Tramadol unterhalb der Nachweisgrenze lägen. Die anamnestischen Angaben zur Einnahme von Analgetika und folglich auch der Leidensdruck der Versicherten könnten somit hinterfragt werden. Aus neurologischer Sicht sei ein mehrwöchiges Sistieren der Analgetikaeinnahme zu empfehlen. Ein Kopfschmerzkalender sollte geführt werden, nachfolgend könne gegebenenfalls eine leitliniengerechte Kopfschmerztherapie etabliert werden. In der Regel seien Kopfschmerzsyndrome effektiv behandelbar. Ein Zusammenhang mit der intrakraniellen Aneurysma-Behandlung sei nicht anzunehmen, das diesbezügliche Behandlungsergebnis sei regelrecht. Im neurologischen Untersuchungsbefund werde an der Fingerkuppe des linken Mittelfingers eine Sensibilitätsstörung angegeben, welche seit einem Unfall vor fünf Jahren bestehe. Der weitere neurologische Befund sei ohne Nachweis eines fokalen Defizits, die Muskeleigenreflexe seien seitengleich mittellebhaft einschliesslich der ASR, es fänden sich keine Paresen oder Atrophien. Weder im Bereich der Arme noch im Bereich der Beine zeige sich eine radikulär einzuordnende Sensibilitätsstörung. Bei seit circa fünf Jahren bekanntem Diabetes mellitus, welcher inzwischen insulinpflichtig sei, sei die Pallästhesie an den Grosszehengrundgelenken und bimalleolär jeweils intakt. Namhafte kognitive Störungen seien nicht evident. Auffällig sei ein demonstrativ anmutendes Verhalten mit betont langsamem Gehen im Barfussgang, mehrfach mit in die Flanken gestemmtten Händen (bei unauffälligem Gangbild beim Betreten und Verlassen des Untersuchungsraumes). Für die Durchführung des Knie-Hacke-Versuchs hebe die Versicherte beide Beine mit den Händen unterstützend an, was angesichts fehlender Paresen nicht erforderlich scheine. Bei anamnestischer Angabe von Brachialgia nocturna rechtsbetont beidseitig und einem rechtsbetonten morgendlichen Taubheitsgefühl der Hände sowie einem Schwächegefühl der rechten Hand sei eine elektroneurographische Untersuchung der Armnerven erfolgt. Es finde sich ein beidseitig leichtgradiges Carpaltunnelsyndrom, welches die nächtlichen Armschmerzen und das morgendliche Taubheitsgefühl der Hände plausibel erkläre. Klinisch ergebe sich kein Anhalt für eine namhafte Schädigung der Nervi mediani (keine Daumenabduktionsparese, keine erhebliche Sensibilitätsstörung im Medianusversorgungsgebiet). Angesichts der hiesigen elektrophysiologischen Befunde sei zunächst eine konservative Therapie mit nächtlichem Tragen einer volaren Handgelenksschiene beidseitig sinnvoll. Sollten die Beschwerden trotz mehrmonatiger konservativer Therapie nicht rückläufig sein, wäre eine elektrophysiologische Kontrolluntersuchung und gegebenenfalls bei Verschlechterung der elektrophysiologischen Parameter auch eine Carpaltunneloperation zu erwägen. Da ein schlecht eingestellter Diabetes mellitus ein Carpaltunnelsyndrom begünstigen könne, sei eine engmaschige Kontrolle des Diabetes mellitus und eine Optimierung der Therapie anzuraten. Bildmorphologisch hätten sich im MRI der Halswirbelsäule vom 16. April 2021 multisegmentale knöchern-degenerative Veränderungen einschliesslich Foramenstenosen mit möglicher Kompression der Wurzel C6 rechts und Reizung der Wurzel C6/7 links

gezeigt. Für ein cervicoradikuläres Wurzelkompressionssyndrom ergebe sich klinisch kein Anhalt, die anamnestisch beschriebenen Cervicalgien und Armschmerzen könnten anteilig durch diese degenerativen Veränderungen bedingt sein. Ein konsistent schmerzgeplagter Eindruck bestehe jedoch nicht. Auch im spinalen MRT der LWS vom 16. April 2021 hätten sich multisegmentale degenerative Veränderungen mit Facettengelenksarthrosen und Foramenstenosen L4 links gezeigt. Ein Rezidiv-Bandscheibenvorfall oder eine Spinalkanalstenose hätten sich nicht gezeigt, auch klinisch ergebe sich kein Anhalt für eine lumbosakrale Wurzelkompression oder ein Defektsyndrom nach stattgehabten dreimaligen lumbalen Operationen. Im MRT des Kopfes vom 16. April 2021, einschliesslich MR-Angiographie, habe sich ein aktendokumentiert vorbeschriebenes asymptomatisches kleines Aneurysma der Arteria carotis interna rechts im kavernösen Abschnitt bestätigt. Ein Interventionsbedarf bestehe bei fehlender Grössenprogredienz und angesichts der aktuellen Grösse des Aneurysmas von 2 x 3 mm nicht. Das Aneurysma geringer Grösse könne die chronischen Kopfschmerzen nicht erklären. Nach Coiling eines Arteria carotis interna-Aneurysmas links finde sich hier ein regelrechter Befund. Die Marklagerläsionen cerebral seien unspezifisch und ohne eigenständigen Krankheitswert, diese gingen jedoch über das alterstypische Ausmass hinaus. Eine möglichst optimale Einstellung des Diabetes mellitus und des Bluthochdrucks seien aus neurologischer Sicht sinnvoll, zudem sollte das Rauchen sistiert werden. Gestützt auf die obigen Ausführungen erscheint auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar: Aus neurologischer Sicht seien bei beidseitigem (hier nach elektrophysiologischen Kriterien leichtgradigem) Carpaltunnelsyndrom Tätigkeiten mit starker händischer Belastung (zum Beispiel dauerhaft händische Tätigkeiten am Fließband oder Tätigkeit als Coiffeuse) ungeeignet. Bei Status nach dreimaliger lumbaler Operation seien weiterhin Tätigkeiten, die mit dem Heben und Tragen schwerer Lasten sowie lumbovertebralen Zwangshaltungen verbunden seien, auf Dauer ungeeignet, auch die zuletzt von der Versicherten ausgeübte Tätigkeit, die mit dem Tragen schwerer Lasten einhergegangen sei, sei somit ungeeignet. Für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten unter Vermeidung lumbovertebraler Zwangshaltungen und Vermeidung starker händischer Belastung bestehe aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

7.2.3 Den Einschätzungen des orthopädischen Teilgutachters (IV-Nr. 37.2, S. 94 ff.) liegt eine umfangreiche klinische Untersuchung (vgl. IV-Nr. 37.2, S. 110 ff.) zugrunde. Dr. med. R.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zog für die Beurteilung die im Rahmen der Begutachtung erstellten MRI-Berichte der Wirbelsäule (IV-Nr. 37.8) sowie den Laborbefund (IV-Nr. 37.7) bei und nahm die von der Beschwerdeführerin mitgebrachten bildgebenden Berichte entgegen («MRI der Lendenwirbelsäule [...] vom 19.08.2019» sowie «Befund der MRT HWS nativ und mit KM Radiologie F.____ vom 11.03.2019»; IV-Nr. 37.2, S. 117). Weiter setzte er sich eingehend mit den Vorakten auseinander (IV-Nr. 37.2, S. 118 f.). Der Orthopäde fasste die Ergebnisse seiner Untersuchungen wie folgt zusammen: Die hiesige funktionelle Untersuchung der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule habe einen alters- und konstitutionsgerechten Befund ohne Nachweis von Nervenwurzelreiz- oder Nervenwurzelkompressionssyndromen an den oberen und unteren Extremitäten ergeben. Im Bereich des rechten Schultergelenks bestehe aber ein leichtgradiges Impingement-Syndrom rechts. Die aktuell durchgeführte MRT Bildgebung der Hals- und Lendenwirbelsäule vom 16. April 2021 zeige die seit Jahren bestehenden polysegmentalen degenerativen Veränderungen der unteren Hals- und unteren Lendenwirbelsäule ohne wesentliche Progredienz. Es bestehe kein frischer

Bandscheibenvorfall und keine Myelopathie. Seine Schlussfolgerung, wonach sich aus dem erhobenen orthopädischen Untersuchungsbefund keine Erklärung für das geklagte Beschwerdebild der Versicherten finde, ist daher nachvollziehbar. Dr. med. R.____ berichtet in diesem Zusammenhang auch von Inkonsistenzen (IV-Nr. 37.2, S. 120 f.): Die angegebene Schmerzstärke VAS 8 – 9 stehe im deutlichen Gegensatz zur spontanen Mobilität und den hier erhobenen Befunden. Das mühevoll dargebotene Treppensteigen beim Abholen aus der Wartezone im Rahmen der Begutachtung stehe im Gegensatz zur beobachteten spontanen Mobilität im Rahmen der Befragung, des Be- und Entkleidens und der Untersuchung und nachfolgenden Verabschiedung am Ende der gutachterlichen Untersuchung. Die aktuelle orthopädische Untersuchung der Wirbelsäule einschliesslich der bildgebenden Zusatzdiagnostik habe kein erhebliches objektivierbares Defizit ergeben, weshalb die geklagten Beschwerden und Einschränkungen nicht in einen schlüssigen Bezug zum orthopädischen Fachgebiet hätten gebracht werden können. Die hier erhobene endgradige Bewegungseinschränkung des rechten Arms im Schultergelenk sei nicht konsistent und voll reproduzierbar gewesen. Die Stabilitätsprüfungen seien beidseits regelrecht. Hieraus leite sich eine normale Belastbarkeit beider Arme im Schultergelenk ab. Diese Einschätzung der Leistungsfähigkeit werde gestützt durch die seitengleiche unauffällige Muskelbelegung im Schultergürtelbereich und an beiden Armen. Es bestünden Anzeichen der Verdeutlichung. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit ergibt sich gemäss dem Orthopäden einzig aus den polysegmentalen degenerativen Veränderungen an der unteren Hals- und Lendenwirbelsäule ohne klinisches Korrelat. Daraus leiteten sich allenfalls qualitative Einschränkungen für schwere Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten von mehr als 20 kg sowie für Arbeiten mit wirbelsäulenbelastenden Haltungen (Zwangshaltungen) ab. Daraus resultierend kommt der orthopädische Gutachter zum nachvollziehbaren Schluss, dass in der bisherigen Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit bestehe (0 %). In körperlich leichten Arbeiten ergebe sich hingegen keine namhafte Einschränkung der Belastbarkeit.

7.2.4 Dr. med. S.____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, erhob nach ausführlicher Befragung der Beschwerdeführerin (IV-Nr. 37.2, S. 141 ff.) den psychiatrischen Befund nach AMDP (IV-Nr. 37.2, S. 146 ff.), führte mehrere testpsychologische Zusatzuntersuchungen durch (vgl. IV-Nr. 37.2, S. 148 ff.) und zog für die Beurteilung zusätzlich die im Rahmen der Begutachtung durchgeführte MRI-Untersuchung des Gehirns (IV-Nr. 37.8) sowie den Laborbefund (IV-Nr. 37.7) bei (IV-Nr. 37.2, S. 155). Die psychiatrische Gutachterin würdigt die Aussagen der Beschwerdeführerin sowie die Ergebnisse der Testuntersuchungen und begründet ausführlich und nachvollziehbar, weshalb kein ausreichender Anhalt für eine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt. In ihrer Interpretation der testpsychologischen Untersuchung (IV-Nr. 37.2, S. 154) führte sie aus, diese habe unterdurchschnittliche Ergebnisse im Bereich des mittelfristigen visuellen Gedächtnisses, der intrinsischen Alertness, der Verarbeitungsgeschwindigkeit, des Arbeitsgedächtnisses sowie in einem Teilbereich der geteilten Aufmerksamkeit erbracht. Das Beschwerdevalidierungsverfahren habe keine Hinweise auf eine eingeschränkte Leistungsmotivation erbracht. Das Instruktionsverständnis und die Umstellfähigkeit seien ausreichend gegeben. Die Frustrationstoleranz sei gut gegeben. Es hätten sich keine Ermüdungserscheinungen gezeigt und Pausen seien nicht reklamiert worden. Die Arbeitsrichtung bei Papier / Bleistift-Aufgaben sei regelrecht, die visuelle Exploration systematisch. Der Visus sei intakt. In Zusammenschau der Ergebnisse der kognitiven Testung ergebe sich gemäss dem kausalitätsunabhängigen Beurteilungssystem nach Frei et

al. der Verdacht auf eine leichte kognitive Störung. Die zerebrale Bildgebung habe jedoch keine erklärende Auffälligkeit geliefert, die Testverfahren seien zudem nicht für die Herkunftsregion der Versicherten normiert. In ihrer Diagnoseherleitung führte die Psychiaterin aus, die Versicherte berichte in erster Linie, seit zehn Jahren unter starken Rückenbeschwerden und täglichen Kopfschmerzen in Verbindung mit Übelkeit und Erbrechen zu leiden. Die Schmerzstärke werde aktuell mit VAS 7 angegeben, hinsichtlich der Kopfschmerzen mit VAS 4. Die Versicherte mache keinen schmerzgeplagten Eindruck. Sie gebe ein schlechtes Allgemeinbefinden an, würde das Leben als Last empfinden. Psychische Beschwerden seien spontan nicht berichtet, auf Nachfrage dann durchgängig bejaht worden. Im hiesigen AMDP-konform erhobenen Befund seien keine erheblichen Auffälligkeiten zu objektivieren. Insbesondere Stimmung, Antrieb und affektive Schwingungsfähigkeit imponierten nicht namhaft gestört. Themenbezogen, wenn die Versicherte über Operationen und Schmerzen spreche, sei die affektive Schwingungsfähigkeit zum negativen Pol hin eingeeengt. Die Versicherte könne aber auch lächeln und lachen. Eine affektive Erkrankung sei somit bei fehlenden Achsenkriterien nicht ICD-10-konform zu diagnostizieren. Die Versicherte führe nach gezielten Fragen ungerichtete Ängste und einzelne Panikattacken an, bleibe aber in ihren Ausführungen sehr vage, weiche aus, wechsle das Thema. Die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen einer Angst- oder Panikstörung seien nicht erfüllt. Dies gelte auch für die von der Versicherten (erst auf Nachfrage) angegebenen Zwänge. In der Vergangenheit habe sie häufig geputzt, auch häufig geduscht, aktuell dusche sie nur zwei Mal täglich, weil der Ehemann hier behilflich sein müsse. Die Frage, wie oft sie früher geduscht habe, könne sie nicht beantworten. Sie wasche sich derzeit etwa 15 Mal täglich die Hände, auffällige Hautveränderungen im Bereich der Hände bestünden jedoch nicht. Auch bei Fragen nach innerer Unruhe, Gedächtnis und Konzentration seien zum Teil erhebliche Beeinträchtigungen angeführt worden, ohne, dass diese spezifiziert werden könnten und ohne, dass sich Beeinträchtigungen im Alltag erfragen liessen. Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung seien keine erheblichen Beeinträchtigungen von Gedächtnis, Konzentration und Aufmerksamkeit aufgefallen. Die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen einer Zwangserkrankung, einer Persönlichkeitsstörung, Suchterkrankung, Traumafolgestörung oder anderweitigen psychiatrischen Erkrankung seien ebenfalls nicht erfüllt. Auch eine somatoforme Schmerzstörung liege nicht vor: Ein den Schmerzen zugrundeliegender erheblicher und unbewältigter seelischer oder psychosozialer Konflikt sei anamnestisch nicht herauszuarbeiten. Aktuell bestehe (bei Angabe einer Schmerzstärke von VAS 7) kein namhaft schmerzgeplagter klinischer Eindruck. Unabhängig davon habe die Versicherte auch ausgeführt, dass eine Schmerzmedikation nur bedarfsweise eingesetzt werde. Auch dies spreche gegen das Vorliegen einer erheblichen Beeinträchtigung durch Schmerzen. Zusammengefasst ist die Beurteilung von Dr. med. S.____, wonach rein fachpsychiatrisch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht bestätigt werden könne, plausibel. Es ist daher keine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Wie die Gutachterin festhält, liegen keine anderen psychiatrischen Stellungnahmen vor, welche eine Arbeitsunfähigkeit bestätigen würden. Gestützt auf dieses beweismässige fachärztliche Teilgutachten, welches eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in überzeugender Weise verneint, kann auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429).

E. 7.2.5

Gestützt auf die schlüssigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung im Gutachten der C.____ zu überzeugen (IV-Nr. 37.2, S. 1 ff.). So berichte die Versicherte hier vorrangig von psychischen Beschwerden und polytopen Schmerzen aufgrund derer sie einer polyvalenten analgetischen Medikation bedürfe. Die hiesigen Befunde hätten ein leichtgradiges beidseitiges Carpaltunnelsyndrom und einen Status nach dreimaliger lumbaler Operation, ohne Nachweis einer radikulären sensomotorischen Störung, gezeigt. Eine namhafte psychiatrische Erkrankung lasse sich nicht erheben. Für die berichtete hohe chronische Schmerzintensität und Einschränkung im Alltag finde sich in den klinischen Befunden kein ausreichendes Korrelat, auch ergäben die Spiegelbestimmungen der Analgetika keinen Anhalt für einen den angegebenen Schmerzen entsprechenden Medikamentenbedarf. Konflikte in der Familie oder im weiteren sozialen Umfeld mit Auswirkung auf die Belastbarkeit lägen anamnestisch nicht vor. Aktenkundig seien keine fachärztlichen Bewertungen der Belastbarkeit mit Differenzierung nach angestammter oder angepasster Tätigkeit abgegeben worden. Die Versicherte schätze sich selber als in jedweder Tätigkeit arbeitsunfähig ein. Aus dem postoperativen spinalen Status lasse sich bezüglich der letzten Tätigkeit eine Bestätigung ableiten. Es bestehe seit Mitte 2019 in der bisherigen Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit. Für angepasste Arbeiten ergebe sich rückblickend kein Anhalt für eine Minderung der Belastbarkeit.

7.3 Gestützt auf die obigen Ausführungen ist das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre C.____-Gutachten grundsätzlich als beweiskräftig zu erachten. Daran vermögen auch die Rügen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern:

7.3.1 Die Beschwerdeführerin macht geltend, die Beschwerdegegnerin hätte sämtliche Unterlagen über die im August 2019 in [...] erfolgte dritte Wirbelsäulen-Operation einholen resp. vervollständigen müssen, bevor sie ein Gutachten in Auftrag gebe. Aufgrund der fehlenden Dokumentation der Behandlungsschritte sei ein Gesamtbild über die positiven und negativen Veränderungen beim Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht richtig erfasst worden. Die Beschwerdeführerin hat im Rahmen des Beschwerdeverfahrens den Austrittsbericht des Spitals O.____ vom 20. September 2019 eingereicht (Urkunde Nr. 6 der Beschwerdeführerin). Dem Bericht ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin am 18. September 2019 im genannten Spital in [...] operiert wurde und am 20. September 2019 entlassen werden konnte. Angaben zur Arbeitsfähigkeit werden im Bericht keine gemacht. Es ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin postoperativ während einer begrenzten Zeit eingeschränkt gewesen ist. Wie die Beschwerdegegnerin aber zutreffend festhält (vgl. Beschwerdeantwort vom 7. Juni 2022, A.S. 20 f.), schmälert der Umstand, dass die Akten zur Wirbelsäulenoperation in [...] den C.____-Gutachtern nicht vorlagen, den Beweiswert des Administrativgutachtens nicht. Die Gutachter hatten Kenntnis sämtlicher davor und danach erstellter medizinischer Unterlagen. Zudem lässt sich dem orthopädischen Teilgutachten von Dr. med. R.____ entnehmen, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der orthopädischen Untersuchung vom 25. März 2021 einen MRI-Bericht der Lendenwirbelsäule vom 19. August 2019 einreichte, welcher in [...] kurz vor der genannten Operation erstellt worden war (vgl. IV-Nr. 37.2, S. 117) . Wie oben festgehalten (E. II. 7.1 hiervor), wurde die Beschwerdeführerin von den C.____-Gutachtern eingehend untersucht, wobei ergänzend fachspezifische Zusatzuntersuchungen durchgeführt wurden, welche in die fachärztlichen Beurteilungen miteinbezogen wurden. Unter Berücksichtigung sämtlicher klinischer sowie bildgebender Untersuchungen kamen die C.____-Gutachter zum Ergebnis, dass die Beschwerdeführerin lediglich in der angestammten Tätigkeit eingeschränkt ist, in einer Verweistätigkeit jedoch keine

Einschränkungen bestehen. Diese Einschätzung ist, wie unter E. II. 7.2 hiervor erläutert, nicht zu beanstanden. 7.3.2 Weiter bringt die Beschwerdeführerin sinngemäss vor, die Beschwerdegegnerin habe es versäumt, bei den behandelnden Ärzten des Spitals E.____, Kompetenzzentrum Wirbelsäulenchirurgie, einen Arztbericht einzuholen und ohne diesen sei die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit fehlerhaft. Dies trifft indes nicht zu. So hat die Beschwerdegegnerin beim genannten Spital am 14. Mai 2020 einen Arztbericht eingeholt. Dr. med. T.____, Oberarzt Wirbelsäulenchirurgie, verwies darin auf die beigelegten Berichte, gab aber selber keine Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit ab (IV-Nr. 13). Insofern liegt somit keine Verletzung der Abklärungspflicht vor. Im Übrigen ist betreffend weiterer Beweismassnahmen auf die Praxis zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162, 104 V 209 E. a S. 211; Urteil des Bundesgerichts 8C_364/2011 vom 11. Oktober 2011 E. 3.1). Da von der durch die Beschwerdeführerin beantragte Einholung eines Berichts betreffend aktuellen Gesundheitszustand und prozentuale Arbeitsfähigkeit beim Spital E.____ keine weiterführenden Erkenntnisse zu erwarten sind, ist davon abzusehen. 7.3.3 Die Beschwerdeführerin lässt in ihrer Replik vom 12. September 2022 (A.S. 29 ff.) weiter vorbringen, ihr Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Zum Nachweis reicht sie im Beschwerdeverfahren einen Bericht des Spitals E.____ vom 31. März 2022 (Urkunde Nr. 5 der Beschwerdeführerin) ein. Die Beschwerdeführerin kann daraus aber nichts zu ihren Gunsten ableiten. Der im Bericht aufgeführten Diagnoseliste lässt sich eine bis zum Erlass der angefochtenen Verfügungen eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht entnehmen. Auch in den übrigen Akten gibt es keine Hinweise dafür. Vielmehr ist dem Bericht zu entnehmen, dass die Schmerzen gemäss Angaben der Beschwerdeführerin unverändert geblieben seien. 7.4 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die C.____-Gutachter zu klaren, schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet werden. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Des Weiteren sind die Schlussfolgerungen der Experten begründet. Damit ist diesem Gutachten auch unter Berücksichtigung der Vorbringen der Beschwerdeführerin voller Beweiswert zuzumessen. Von einer Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes, den die Beschwerdeführerin sinngemäss rügt (A.S. 5 f.), kann vor diesem Hintergrund nicht gesprochen werden. So liegt im Verzicht auf Abnahme weiterer Beweise dann keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör, wenn der Versicherungsträger bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten (vgl. E. II. 3.2 hiervor). Davon ist vorliegend auszugehen.

E. 8

Für den Einkommensvergleich wurden sowohl für die Berechnung des Valideneinkommens wie auch des Invalideneinkommens ein Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen, was grundsätzlich nicht zu beanstanden ist. In Bezug auf das Valideneinkommen ist aufgrund der vorliegenden Akten davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin nach dem Gymnasium in [...] keine universitäre Ausbildung abgeschlossen hat und einige Zeit als Näherin, Betreuerin und als Hausfrau tätig war

(IV-Nrn. 9, 37.2 S. 143). Im Jahr 2007 kam sie in die Schweiz. Sie gab an, von 2009 bis 2011 als Köchin und Geschäftsführerin bei einem kleinen Pizza-Service und danach stets temporär in der Reinigung und als Betriebsmitarbeiterin auf Abruf in einem Warenlager gearbeitet zu haben (IV-Nrn. 9, 37.2, S. 143). Zuletzt arbeitete sie vom 4. Mai 2017 bis 29. März 2019 als Temporärmitarbeiterin für das Temporärbüro B.____ AG, [...]. Gemäss dem undatierten Arbeitgeberfragebogen der B.____ AG (Eingang IV-Stelle: 1. Mai 2020, IV-Nr. 12) war der Arbeitsvertrag befristet. Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin, für die Festsetzung des Valideneinkommens auf einen Tabellenlohn abzustellen, ist daher nicht zu beanstanden. Weiter gab die Beschwerdeführerin anlässlich des Intake-Interviews vom 13. Februar 2020 (IV-Nr. 8) an, dass sie ohne Gesundheitsschaden in einem 100%-Pensum arbeiten würde. Dem Auszug aus dem individuellen Konto (IV-Nr. 11) lässt sich aber entnehmen, dass die Beschwerdeführerin nie ein Jahreseinkommen erzielte, welches einem 100%-Pensum entspricht (CHF 26'533.00 im Jahr 2012; CHF 24'721.00 im Jahr 2013; CHF 24'813.00 im Jahr 2014; CHF 18'278.00 im Jahr 2015; CHF 16'575.00 im Jahr 2016; CHF 19'473.00 im Jahr 2017; CHF 14'949.00 im Jahr 2018). Folgerichtig hat die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung festgehalten, dass die Beschwerdeführerin nie eine Erwerbstätigkeit in einem 100%-Pensum ausgeübt habe. Die Beschwerdegegnerin liess aber die Statusfrage offen und stellte für das Valideneinkommen auf den Totalwert für Frauen auf Kompetenzniveau 1 («Einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art») ab, was einem deutlich höheren Einkommen entspricht als die Beschwerdeführerin ursprünglich verdiente. Dieses für die Beschwerdeführerin vorteilhaftere Vorgehen ist ebenfalls nicht zu beanstanden. Mit der gesundheitlichen Einschränkung sind der Beschwerdeführerin ebenfalls Arbeitsstellen in diesem Segment zugänglich. Es bietet sich aufgrund des Gesagten an, sowohl für die Bemessung des Valideneinkommens wie auch des Invalideneinkommens auf den Tabellenlohn LSE 2018, TA1_tirage_skill_level, Total Niveau 1 Frauen abzustellen, da dieser Tabellenlohn im Licht der bisher von der Beschwerdeführerin ausgeführten Arbeiten und der möglichen Tätigkeiten korrekt erscheint. Damit erübrigt sich eine genaue betragsmässige Ermittlung, denn der Invaliditätsgrad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_358/2017 vom 4. August 2017 E).

E. 10

10.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

10.2 Die Beschwerdeführerin steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege im Sinne der Befreiung von den Gerichtskosten (vgl. E. I. 4 hiervor). 10.3 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 an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).