

# **SO\_GERICHTE VSBES.2023.144 vom 20. August 2025**

SO Obergericht, 2025-08-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2023.144\\_d20250820](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.144_d20250820)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2023.144 du 20 août 2025

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2023.144 del 20 agosto 2025

## **Regeste**

berufliche Massnahmen und Invalidenrente

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 A.\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführerin), geb. 1962, meldete sich am 9. Dezember 2020 (Posteingangsstempel) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend Beschwerdegegnerin) an (Akten der Beschwerdegegnerin Nr. [IV-Nr.] 2).

1.2 Am 19. Januar 2021 führte die Beschwerdegegnerin mit der Beschwerdeführerin ein telefonisches Intake-Gespräch durch (IV-Nr. 13). Im Anschluss hieran holte die Beschwerdeführerin bei den behandelnden Ärzten und der Krankentaggeldversicherung der Beschwerdeführerin diverse Unterlagen ein.

1.3 Mit Mitteilungen vom 4. und 28. März 2022 (IV-Nrn. 29 und 32) informierte die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin darüber, zur Klärung der Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin bei der B.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Rheumatologie einzuholen.

1.4 Das Gutachten der B.\_\_\_\_ datiert vom 5. August 2022 (IV-Nr. 43). Es ging am 9. August 2022 (Posteingangsstempel) bei der Beschwerdegegnerin ein.

1.5 Mit Vorbescheid vom 26. August 2022 (IV-Nr. 47) stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin in Aussicht, ihre Ansprüche auf berufliche Massnahmen sowie auf eine Invalidenrente abzuweisen. Hiergegen erhob die Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 26. September 2022 (IV-Nr. 51) Einwand.

1.6 Mit Verfügung vom 8. Mai 2023 (Aktenseite/n [A.S.] 1 f.) wies die Beschwerdegegnerin die Ansprüche der Beschwerdeführerin auf berufliche Massnahmen sowie auf eine Invalidenrente schliesslich ab.

### **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 (Art. 4 Abs. 1 IVG). 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 Abs. 2 IVG).

2.2 Anspruch auf eine Rente haben Versicherte (Art. 28 Abs. 1 IVG), die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen haben invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte (Art. 8 Abs. 1 IVG), soweit die Eingliederungsmassnahmen notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wiederherzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a), und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

### **E. 3**

3.1 Das Verwaltungsverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess unterstehen dem Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Gericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum sowohl auf Verwaltungs- als auch auf Gerichtsstufe geltenden Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei überwiegend wahrscheinlich erstellt und daran könnten zusätzliche Beweismassnahmen nichts mehr ändern, so verstösst der Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise nicht gegen den Untersuchungsgrundsatz. Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_198/2025 vom 3. Juni 2025 E. 4.2 mit Hinweisen).

3.2 Im Sozialversicherungsrecht haben Verwaltung und Gericht ihren Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Verwaltung und Gericht haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (vgl. BGE 144 V 427 E. 3.2). Das Sozialversicherungsrecht kennt keinen Grundsatz, wonach im Zweifel zugunsten der versicherten Person zu entscheiden ist. Ein Anspruch auf Leistungen besteht nur, wenn die Voraussetzungen dafür mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erfüllt sind (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgericht vom 17. Mai 1982 E. 2b, in: ZAK 1983 259 f., 260).

3.3 Wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind, schreibt das Bundesrecht nicht vor. Sowohl im Verwaltungsverfahren als auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung, wonach Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen haben. Das heisst, dass Verwaltung und Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und anschliessend zu entscheiden haben, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten (vgl. BGE 125 V

351 E. 3.a; siehe auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_529/2021 vom 26. Juli 2022 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

3.4 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_73/2017 vom 6. Juli 2017 E. 4.1 mit Hinweisen). Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nach der Praxis "nicht ohne zwingende Gründe" von der Einschätzung der medizinischen Fachperson ab. Hinsichtlich von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholter, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechender Gutachten externer Spezialärzte wurde festgehalten, das Gericht dürfe diesen Gutachten vollen Beweiswert zuerkennen, solange "nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit" der Expertise sprechen. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen kann sodann nicht abgestellt werden und es sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_73/2017 vom 6. Juli 2017 E. 4.2 mit Hinweisen).

#### **E. 4**

4.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 8. Mai 2023 (A.S. 1 f.) zu Recht verneint hat. Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei ihrem Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der B.\_\_\_\_ vom 5. August 2022 (IV-Nr. 43). Zu dessen Beweiswert ist Folgendes festzuhalten:

#### **E. 4.2**

4.2.1 Im rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie Rheumatologie, vom 13. Juni 2022 (IV-Nr. 43.1 S. 29 ff.) werden folgende Diagnosen aufgelistet:

Psychiatrische und orthopädische Diagnose sollten in entsprechenden Gutachten geprüft werden.

Dr. E.\_\_\_\_ führt zur Diagnoseherleitung aus, dass internistisch-rheumatologischerseits bei differenzialdiagnostischen Überlegungen eine entzündlich-rheumatische Systemerkrankung weitgehend ausgeschlossen werden könne, dies aufgrund früherer Laborbefunde, immunologischen Befunden, Röntgenaufnahmen und dem aktuellen klinischen Bild. Es liege ein im orthopädischen Bereich zu verortendes generalisiertes Schmerzsyndrom bei Muskeldysbalance und degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule vor. Das subjektive Beschwerdebild der Beschwerdeführerin sei aus internistisch-rheumatologischer Sicht nicht erklärbar.

4.2.2 Bezüglich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hält Dr. E.\_\_\_\_ in ihrem Teilgutachten fest, dass die Beschwerdeführerin aus internistisch-rheumatologischer Sicht

voll arbeitsfähig sei. Dies gelte auch retrospektiv. Es bestünden internistisch-rheumatologisch keine Einschränkungen, die über die Bewertung gemäss orthopädischem Gutachten hinausgingen. Eine optimal angepasste Tätigkeit wäre eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit, ohne Heben und Tragen von Lasten über 15 kg, ohne Überkopfarbeiten, in stressfreier Umgebung, im Wechsel zwischen Sitzen /Stehen, Liegensitzen/Stehen und Gehen. In fachlicher Überschneidung zum orthopädischen Fachbereich sei zumindest in einer ideal adaptierten Tätigkeit bereits [jetzt] ■ d.h. unabhängig von medizinischen Massnahmen und Therapien ■ von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen.

4.2.3 Das rheumatologische Teilgutachten von Dr. E.\_\_\_\_ stützt sich auf die von der Beschwerdegegnerin zur Verfügung gestellten Vorakten, die in der fächerübergreifenden Aktenzusammenfassung (IV-Nr. 43.1 S. 10 ff.) genannten nachträglich vorgelegten bzw. eingeholten Arztberichte, die einlässliche eigene Untersuchung der Beschwerdeführerin am 25. April 2022, den Röntgenbefund der F.\_\_\_\_ vom 13. Mai 2022 (IV-Nr. 43.1 S. 45 f.) und den Laborbefund der G.\_\_\_\_, vom 28. Juni 2022 (IV-Nr. 43.2 S. 35 f.). Die Diagnosen von Dr. E.\_\_\_\_ werden schlüssig und nachvollziehbar hergeleitet, ebenso ihre Schlussfolgerungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Als Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie Rheumatologie kommt Dr. E.\_\_\_\_ die erforderliche Expertise zu. Ihr Teilgutachten vermag somit sämtliche Anforderungen zu erfüllen, die seitens der Rechtsprechung an ein medizinisches Gutachten gestellt werden.

### **E. 4.3**

4.3.1 Im orthopädischen Teilgutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Allgemeine Chirurgie, vom 5. Juli 2022 (IV-Nr. 43.2) werden folgende Diagnosen gestellt:

Dr. H.\_\_\_\_ hält zur Diagnoseherleitung fest, dass im Rahmen der Schmerzdiagnostik in der Kernspintomographie vom 25. Februar 2020 eine Dehydration der Bandscheibe LWK 4/5 mit breitbasig medial links reichender Protrusion diagnostiziert worden sei. Die Neuroforamina seien ausreichend weit, die autochthone Rückenmuskulatur sei verfettet. Des Weiteren habe am 9. Juli 2021 eine beginnende Varusgonarthrose festgestellt werden können. Im Rahmen der [aktuellen] orthopädischen Begutachtung habe die Beschwerdeführerin einen leidenden und klagsamen Eindruck gemacht. Die Untersuchung habe sich schwierig gestaltet, da Berührungen und Funktionsprüfungen als sehr schmerzhaft empfunden worden seien. Es sei immer wieder auf einen Knochenschmerz hingewiesen worden. Es hätten sich vor allem im Bereich der Lendenwirbelsäule sowie der rechten Hüfte relativ deutliche Funktionseinschränkungen gezeigt, die aber anhand der objektiven Untersuchung in dieser Form nicht nachzuvollziehen seien. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, mit normalem Schuhwerk ein normales Gangbild zu absolvieren, wenn auch schwerfällig und kurzschrittig. Es sei kein Hinken feststellbar und keine Abrollbehinderung. Objektiv könne ausser dem Bereich der Wirbelsäule sowie der rechten Hüfte eine weitgehend freie Funktion festgestellt werden. An den Schultergelenken könne die Funktion aufgrund der Schmerzhaftigkeit und Gegenspannung nicht eindeutig beurteilt werden. Jedoch zeigten sich sämtliche Teste der Rotatorenmanschette negativ, wenn auch abgeschwächt. Anhand der orthopädischen Untersuchung ergäben sich keine Hinweise auf Wurzelkompression oder neurologische Störungen insgesamt. Die Therapieaktivitäten seien auffallend gering, die angegebenen Schmerzmittel hätten im Blut der Beschwerdeführerin nicht nachgewiesen werden können. Dies spreche ebenfalls gegen einen relevanten

Leidensdruck durch Schmerzen.

4.3.2 Zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hält Dr. H. \_\_\_ in seinem Teilgutachten fest, dass die Beschwerdeführerin auf orthopädischem Gebiet genügend Ressourcen zeige, um einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Einschränkungen ergäben sich vorwiegend durch die muskuläre Dysbalance und Fehlhaltung im Bereich der Lenden- und Brustwirbelsäule. Diese würden augenblicklich eine schwere belastende Tätigkeit der Wirbelsäule nicht erlauben. Mit Hilfe guter technischer Versorgung und entsprechenden Trainingsprogramm könne von dieser Seite her [jedoch] ein gutes Ergebnis erzielt werden. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, leichte bis teilweise mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis 15 kg in rückschonender Haltung, in temperierten Räumen, im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen zu verrichten. Zu vermeiden seien mittelschwere Tätigkeiten sowie schwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten über 15 kg ausserhalb des Körperlotes, ruckartige Bewegungen sowie Heben der Arme über Schulterhöhe. Erschütterungen und ruckartige Bewegungen der Lendenwirbelsäule seien ebenso zu vermeiden. Die Beschwerdeführerin sollte zudem keiner Kälte, Nässe und Zugluftexposition ausgesetzt werden. Die frühere Tätigkeit als Kommissioniererin könne mit unterstützenden Hilfsmitteln wie z. B. einem Stehstuhl durchgeführt werden. In einer gut angepassten Verweistätigkeit ergebe sich anhand des orthopädischen Befundes keine wesentliche Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einem Ganztagespensum. Auch die Haushaltstätigkeit könne bei entsprechender Einteilung ohne Probleme ausgeführt werden.

4.3.3 Dr. H. \_\_\_ setzt sich in seinem orthopädischen Teilgutachten einlässlich mit den von der Beschwerdegegnerin zur Verfügung gestellten Vorakten, den in der fächerübergreifenden Aktenzusammenfassung (IV-Nr. 43.1 S. 10 ff.) genannten nachträglich vorgelegten bzw. eingeholten Arztberichten und den bei der Untersuchung der Beschwerdeführerin am 6. Mai 2022 gemachten Feststellungen auseinander. Die im Gutachten dargestellten medizinischen Zusammenhänge und Beurteilungen werden schlüssig und nachvollziehbar begründet. Entsprechend vermögen denn auch die Schlussfolgerungen hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu überzeugen. Als Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Allgemeine Chirurgie ist Dr. H. \_\_\_ offensichtlich dazu befähigt, eine Expertise zu erstellen. Das Gutachten erfüllt somit sämtliche Anforderungen, die seitens der Rechtsprechung an ein medizinisches Gutachten gestellt werden.

#### **E. 4.4**

4.4.1 Im internistischen Teilgutachten von Dr. med. I. \_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, vom 30. Juli 2022 (IV-Nr. 43.3) werden folgende Diagnosen gestellt:

Dr. I. \_\_\_ führt zu den Diagnosen aus, dass bei der Beschwerdeführerin eine Adipositas Grad I bestehe, was gegenüber früher eine Gewichtsabnahme darstelle. Sowohl die vor zweieinhalb Jahren sanierte Leistenhernie rechts als auch die Helicobacter-Gastritis seien als saniert zu betrachten und hätten keinerlei Relevanz für die Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Entsprechend fänden auf allgemein-internistischem Gebiet denn auch keine Therapien statt.

4.4.2 Zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hält Dr. I. \_\_\_ in seinem Teilgutachten fest, dass aus allgemein-internistischer Sicht keine Funktionsstörungen bestünden. Die

Ressourcen seien nicht beeinträchtigt. Die Adipositas habe direkt keine Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zur Folge. Allfällige Affektionen des Bewegungsapparates und vor allem der Beine könnten durch die Adipositas verstärkt werden, wenn auch in geringerem Ausmass, als dies während der Erwerbstätigkeit der Fall gewesen sei. Die normale Hämatologie lasse eine im internistischen Bereich liegende Ursache [für die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden] ausschliessen; erst eine erhebliche Anämie würde plausible Symptome bewirken. Aus allgemein-internistischer Sicht bestehe für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Für Verweistätigkeiten liessen sich aus allgemein-internistischer Sicht [ebenfalls] keine Einschränkungen formulieren.

4.4.3 Das internistische Teilgutachten von Dr. I.\_\_\_\_ stützt sich auf die von der Beschwerdegegnerin zur Verfügung gestellten Vorakten, die in der fächerübergreifenden Aktenzusammenfassung (IV-Nr. 43.1 S. 10 ff.) genannten nachträglich vorgelegten bzw. eingeholten Arztberichte, die einlässliche eigene Untersuchung der Beschwerdeführerin am 29. Juni 2022 und den Laborbefund der G.\_\_\_\_, vom 28. Juni 2022 (IV-Nr. 43.2 S. 35 f.). Die im Teilgutachten erhobenen Befunde und Diagnosen sind entsprechend konsistent und nachvollziehbar. Die Schlussfolgerungen von Dr. I.\_\_\_\_ hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin leuchten ein. Als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und zertifizierter Gutachter SIM verfügt Dr. I.\_\_\_\_ zudem zweifellos über die erforderliche Expertise. Es ist nicht ersichtlich, inwiefern sein Teilgutachten beanstandet werden könnte.

## **E. 4.5**

4.5.1 Im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, vom 3. August 2022 (IV-Nr. 43.2 S. 17 ff.) finden sich folgende Diagnosen:

Dr. J.\_\_\_\_ führt zu den Diagnosen aus, dass die Angaben zur psychiatrischen Problematik der Beschwerdeführerin in den vorhandenen Akten inhomogen seien und sich teilweise widersprechen würden. Sie könnten zum überwiegenden Teil nicht als objektiv angesehen werden, da die subjektiv von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden als objektive Befunde deklariert würden. Zu keinem Zeitpunkt seien Inkonsistenzen bzw. nicht authentische Angaben der Beschwerdeführerin in Betracht gezogen oder [zumindest] differenzialdiagnostisch diskutiert worden. Die Befundberichte orientierten sich auch ausschliesslich an den jeweils eigenen Untersuchungen und Beobachtungen. Sie würden die vorhandenen Berichte meist nicht miteinbeziehen und auch keinen Bezug auf frühere Berichte bzw. die psychosoziale Situation der Beschwerdeführerin und das schwebende IV-Verfahren nehmen. Aus aktueller psychiatrischer Sicht sei festzustellen, dass bei der Beschwerdeführerin gegenwärtig keine versicherungsmedizinisch relevanten funktionalen oder partizipativen Einschränkungen feststellbar seien. Eventuell vorübergehende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (Mobbing am Arbeitsplatz) mit leichten und passageren psychosozialen und beruflichen Beeinträchtigungen seien aktuell nicht mehr feststellbar. Es lägen klinisch psychiatrisch auch keine Einschränkung der kognitiven Teilfunktionen vor. Auch das Verhalten der Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchung lasse sich keineswegs psychiatrisch erklären. Die Beschwerdeführerin schluchze und stöhne immer wieder, ihre Mimik vermittele einen schmerzverzerrten Gesichtsausdruck, die Stimme sei monoton, mitunter erinnere sie an eine Fistelstimme, und sei meist weinerlich und klagsam. Die Beschwerdeführerin bleibe [im Gegensatz hierzu] jedoch ruhig im Stuhl sitzen, Entlastungsbewegungen seien bei ihr nicht beobachtbar,

obwohl sie über stärkste Schmerzen berichte. Ihr Verhalten wirke über weite Strecken aufgesetzt und fast theatralisch.

4.5.2 Was die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin betrifft, so hält Dr. J.\_\_\_\_ in seinem Teilgutachten fest, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht sowohl in ihrer bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Dies gelte bis auf stationäre Aufenthalte auch retrospektiv. Im Haushalt ergäben sich aus psychiatrischer Sicht ebenfalls keine Einschränkungen.

4.5.3 Dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. J.\_\_\_\_ liegen die von der Beschwerdegegnerin zur Verfügung gestellten Vorakten, die in der fächerübergreifenden Aktenzusammenfassung (IV-Nr. 43.1 S. 10 ff.) genannten nachträglich vorgelegten bzw. eingeholten Arztberichte, die eigene Untersuchung der Beschwerdeführerin am 14. Juni 2022 sowie der Laborbefund der G.\_\_\_\_, vom 28. Juni 2022 (IV-Nr. 43.2 S. 35 f.) zugrunde. Die gestützt hierauf von Dr. J.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen vermögen jedoch nicht zu überzeugen. Wie unter Ziff. 4.5.1 oben erwähnt, führt Dr. J.\_\_\_\_ zu den gestellten Diagnosen aus, dass bei der Beschwerdeführerin gegenwärtig keine versicherungsmedizinisch relevanten funktionalen und partizipativen Einschränkungen feststellbar seien. Eventuell vorübergehende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (Mobbing am Arbeitsplatz) mit leichten und passageren psychosozialen und beruflichen Beeinträchtigungen könnten aktuell nicht mehr festgestellt werden. Mit den von den behandelnden Ärztinnen Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. L.\_\_\_\_, Assistenzärztin, in mehreren Berichten ■ so im Bericht vom 4. August 2021 (IV-Nr. 26 S. 191 ff.), im Bericht vom 29. Oktober 2021 (IV-Nr. 26 S. 215 ff.) sowie im Formulararztbericht vom 29. Oktober 2021 (IV-Nr. 25) ■ gestellten Diagnosen ■ Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.1), Dysthymia (ICD-10 F34.1), akzentuierte ängstlich-vermeidende Persönlichkeitszüge (ICD-10 273.1), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.0) ■ setzt sich Dr. J.\_\_\_\_ bloss insoweit auseinander, als er behauptet, dass die Angaben zur psychiatrischen Problematik der Beschwerdeführerin in den Akten inhomogen und widersprüchlich seien und auf den subjektiv geäußerten Klagen der Beschwerdeführerin beruhten und daher zum überwiegenden Teil nicht als objektiv angesehen werden könnten. Eine eingehende Auseinandersetzung mit den Diagnosen der behandelnden Ärztinnen findet damit nicht statt, und dies, obschon die Diagnosen zumindest teilweise auch in anderen Arztberichten gestellt werden, insbesondere in der psychiatrischen Kurzbeurteilung von Dr. med. univ. M.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, vom 10. Februar 2021 (IV-Nr. 26 S. 111 ff.), wonach als psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein ängstlich-depressives Syndrom, am ehesten als Ausdruck einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1), sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) aufgeführt werden. Ein besonders gravierendes Versäumnis bei der Diagnosestellung ist darin zu erblicken, dass sich Dr. J.\_\_\_\_ in seinem Teilgutachten überhaupt nicht mit den Kriegserlebnissen der Beschwerdeführerin befasst, obwohl ihm diese anlässlich der Untersuchung vom 14. Juni 2022 davon erzählt hat und auch in den Berichten von Dr. K.\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_ sowie in der Kurzbeurteilung von Dr. M.\_\_\_\_ von traumatischen Kriegserlebnissen bzw. einer traumaassoziierten Symptomatik die Rede ist. Nicht

nachvollziehbar ist ferner, dass bei der Beschwerdeführerin keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen feststellbar sei, wie Dr. J. \_\_\_ in seinem Teilgutachten festhält. Die Aussagen der Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchung durch Dr. J. \_\_\_ zu ihrem Beziehungsnetz und ihrem Tagesablauf lassen entgegen der Beurteilung von Dr. J. \_\_\_ durchaus auf erhebliche funktionelle Einschränkungen schliessen. Jedenfalls führt Dr. J. \_\_\_ in seinem Teilgutachten nicht aus, in welchen Lebensbereichen die Beschwerdeführerin ein höheres Aktivitätenniveau aufweisen soll. Eine Testung mit entsprechendem Resultat ■ z.B. anhand des Mini-ICF-APP ■ wird im Teilgutachten keine erwähnt. Was die Diagnose des Malingerings ■ d.h. des bewussten Vortäuschens von Krankheitssymptomen ■ betrifft, so hält Dr. J. \_\_\_ in seinem Teilgutachten fest, dass die Beschwerdeführerin während der Untersuchung immer wieder schluchze und stöhne, ihre Mimik einen schmerzverzerrten Gesichtsausdruck vermittele, ihre Stimme monoton und meist weinerlich und klagsam sei und ihr Verhalten über weite Strecken aufgesetzt und fast theatralisch wirke. Die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin beschreibt Dr. J. \_\_\_ dahingehend, dass die Beschwerdeführerin über gute Fähigkeiten zur Selbstdarstellung und Selbststeuerung verfüge und bei ihr histrionische und narzisstische Akzente erkennbar seien. Eine Validierung der Diagnose des Malingerings anhand einer entsprechenden Testung ■ z.B. anhand eines Forced Choice Tests, bei dem unter dem Zufallsniveau liegende Leistungen auf eine Täuschung schliessen lassen ■ nahm Dr. J. \_\_\_ im Rahmen seiner Untersuchung nicht vor. Die Diagnose des Malingerings stützt sich somit einzig auf den persönlichen Eindruck, den Dr. J. \_\_\_ anlässlich der Untersuchung von der Beschwerdeführerin gewann. Eine gewisse Subjektivität der Diagnose lässt sich insofern nicht bestreiten. Hinzu kommt, dass Dr. J. \_\_\_ den kulturellen Hintergrund der Beschwerdeführerin als Migrantin aus Bosnien vollkommen ausser Acht lässt. Wie eine Person mit Schmerzen umgeht, hängt nicht bloss von der tatsächlich erlebten Schmerzempfindung ab, sondern auch, welches Schmerzverhalten sie individuell, familiär und kulturell gelernt hat (siehe hierzu Norbert Kohlen, Von der Schmerzlichkeit des Schmerzerlebens, Wie fremde Kulturen Schmerzen wahrnehmen, erleben und bewältigen, Ratingen 2003, S. 11 ff., insbesondere S. 14). Dasselbe gilt allgemein für den Umgang mit Krankheiten. Bei der Diagnose eines Malingerings wäre eine Auseinandersetzung mit dem persönlichen, familiären und kulturellen Hintergrund der Beschwerdeführerin zwingend notwendig gewesen. Eine solche Auseinandersetzung fand jedoch nicht statt. Exemplarisch hierfür kann die Persönlichkeitsanalyse von Dr. J. \_\_\_ angeführt werden. Diese erstreckt sich über gerade mal zweieinhalb Zeilen. Woran Dr. J. \_\_\_ die guten Fähigkeiten der Beschwerdeführerin zur Selbststeuerung und Selbstdarstellung sowie ihre histrionischen und narzisstischen Akzente festmacht, begründet er in seinem Teilgutachten nicht. Die Diagnosestellung von Dr. J. \_\_\_ ist mit so offensichtlichen Mängeln behaftet, dass seinem psychiatrischen Teilgutachten die Beweiswertigkeit vollständig abzuspochen ist. In Anbetracht der nicht ausreichend beweiswertigen Aktenlage hat das Versicherungsgericht folglich zu Recht ein psychiatrisches Gerichtsgutachten eingeholt.

4.6 Insgesamt ergibt sich somit, dass von den vier Teilgutachten des polydisziplinären Gutachtens der B. \_\_\_ vom 5. August 2022 (IV-Nr. 43). drei beweiswertig und eines nicht beweiswertig ist. Entsprechend kann die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 8. Mai 2023 (A.S. 1 f.) auch nur teilweise auf das Gutachten der B. \_\_\_ abgestützt werden.

## **E. 5**

5.1 Zur Klärung der Frage nach allfälligen psychisch bedingten Einschränkungen der Beschwerdeführerin hat das Versicherungsgericht bei PD Dr. D.\_\_\_\_ ein psychiatrisches Gutachten eingeholt. Das Gutachten datiert vom 6. Januar 2025 (A.S. 38 ff.). Zu dessen Beweiswert ist Folgendes festzuhalten:

## **E. 5.2**

5.2.1 Im psychiatrischen Gutachten von PD Dr. D.\_\_\_\_ vom 6. Januar 2025 (A.S. 38 ff.) werden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

5.2.2 Bei der Diagnoseherleitung setzt sich PD Dr. D.\_\_\_\_ als Erstes mit der innerpsychischen Struktur der Beschwerdeführerin auseinander. Er stellt zunächst fest, dass die Kardinaldefinition einer Persönlichkeitsstörung, wonach ab verhältnismässig frühem Lebensalter zentrale Bereiche der privaten, sozialen und beruflichen Anamnese nachhaltig und relevant tangiert sein müssten, bei der Beschwerdeführerin nicht erfüllt sei. Dies bedeute, dass die Beschwerdeführerin grundsätzlich auf ausreichend sublimierte Abwehrmechanismen in Belastungs- und Konfliktsituationen zurückgreifen könne, so dass sie nicht dazu prädestiniere, schwergradige und chronifizierende psychische Symptomformationen zu entwickeln. [Hingegen] seien bei der Beschwerdeführerin alle diagnostischen Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung gemäss ICD-10 erfüllt. Die Beschwerdeführerin habe während des Bosnienkriegs eine mehrfache psychotraumatisierende Belastung erlebt. Sie habe nicht nur in Bezug auf ihre eigene Person, sondern auch in Bezug auf ihren Ehemann, ihren [damals achtjährigen] Sohn und ihre [damals dreijährige] Tochter Todesängste erlebt, wobei gerade auch die Distanz zu ihrem Sohn, [der aufgrund schwerer Beinverletzungen durch eine Granate in einer anderen Stadt hospitalisiert werden musste], belastend und angstinduzierend gewesen sei (Kriterium A). Die Beschwerdeführerin habe sodann in der hiesigen Begutachtung berichtet, dass sie schon damals, als sie in der Schweiz arbeitstätig geworden sei, Phänomene des Wiedererlebens, d.h. Albträume und Flashbacks, entwickelt habe und diese [auch] weiterhin erlebe. Darin kämen die Gewalt- und Missbrauchserfahrungen während des Bosnienkriegs immer wieder vor (Kriterium B). Weiter habe die Beschwerdeführerin in der hiesigen Begutachtung deutliche psychopathologische Veränderungen gezeigt, als sie versucht habe, über diese Psychotraumatisierungen zu sprechen. Dies untermauere aus objektiver Sicht ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten (Kriterium C). Schliesslich habe sich die Beschwerdeführerin als schreckhafte Person beschrieben, die ständig auf der Hut sei, und zwar schon seit der Zeit, als sie arbeitstätig gewesen sei. Sie habe zudem berichtet, dass sie Schlafstörungen habe, d.h. [nur] zwei bis drei Stunden pro Nacht schlafe, und vergesslich sei. Somit lägen auch Phänomene einer pathologischen Erregbarkeit vor (Kriterium D). Die innerpsychische Struktur der Beschwerdeführerin sei somit durch eine posttraumatische Belastungsstörung definiert. Im Jahr 2020 sei die Beschwerdeführerin offenbar Opfer eines Entreissdiebstahls geworden. Mit diesem Ereignis habe die Beschwerdeführerin nichts anderes als eine Retraumatisierung und somit eine Reaktivierung traumaassoziierter Phänomene erlebt, die bis dahin ganz offenbar durch die berufliche Tätigkeit ■gebunden■ gewesen seien, wie dies in der klinischen Psychiatrie sehr häufig anzutreffen sei.

5.2.3 Hinsichtlich der Affektpathologie der Beschwerdeführerin hält PD Dr. D. \_\_\_ in seinem Gutachten fest, dass die Beschwerdeführerin ihre Stimmung in der hiesigen Begutachtung als gar nicht gut beschrieben und auf Nachfrage hin eine Traurigkeit bestätigt habe. Sie habe von einer Antriebslosigkeit und Müdigkeit berichtet, ebenso von einer Freudlosigkeit. Im objektiven Psychostatus habe die Beschwerdeführerin während den hiesigen Untersuchungen eine hauptsächlich mittelgradige depressive Grundstimmung gezeigt. Sie habe auch in weiteren affektiven Parametern pathologische Auslenkungen gehabt. In den spezifischen objektiven Parametern, welche die innerpsychische Vitalität objektiv sehr gut abzubilden vermögen, habe sie mehrere pathologisch ausgelenkte Befunde präsentiert. Zu diesen gehörten grundsätzlich äusseres Erscheinungsbild, Psycho- und Sprachmotorik, Mimik und Gestik, Denktempo, kognitive Leistungen, Affektverarmung sowie affektive Schwingungsfähigkeit. Aus objektiver Sicht sei bei der Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der hiesigen Begutachtung somit eine mittelgradige depressive Episode festzustellen gewesen. Wenn davon ausgegangen werde, dass die Beschwerdeführerin möglicherweise schon während den Belastungen im Bosnienkrieg depressive Symptome erlebt habe, obwohl sie in der hiesigen Begutachtung mitgeteilt habe, dass die oben zusammengefassten Beschwerden erst seit vier Jahren bestünden, was durchaus mit einem gewissen Fragezeichen versehen werden könne, so könne der affektpathologische Langzeitverlauf durchaus als rezidivierende depressive Störung qualifiziert werden, die wie erwähnt aktuell mit einer mittelgradigen depressiven Episode einhergehe. Diese depressive Störung sei eine sekundäre psychische Störung auf dem Boden der Traumafolgestörung und Ausdruck dessen, dass es bei der Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit der Traumafolgestörung zu einer Fragilisierung der innerpsychischen Struktur gekommen sei.

5.2.4 Hinsichtlich einer allfälligen Angststörung hält PD Dr. D. \_\_\_ fest, dass die Beschwerdeführerin über Ängste berichtet habe, die sich im Zusammenhang mit dem Entreissdiebstahl im Jahr 2020 entwickelt hätten. Offenbar gehe sie nicht mehr alleine nach draussen, nur noch in Begleitung ihres Ehemannes. Sie lasse sich von ihm auch zu allen Arztterminen begleiten. In den letzten Monaten ihrer Anstellung im ersten Arbeitsmarkt habe sie sich von ihrem Ehemann [auch zur Arbeit] begleiten lassen. Die Beschwerdeführerin habe weiter über plötzlich auftretende Angstattacken berichtet, welche Panikattacken abbilden würden. Sie habe darüber berichtet, dass sie diese seit zwei bis drei Jahren habe. Eine anhaltende, d.h. generalisierte Angst erlebe die Beschwerdeführerin nicht. Unklar sei, ob die Beschwerdeführerin ■ wie in den Vorakten diagnostiziert ■ agoraphobische Ängste erlebe, da sie ja ein deutliches Vermeidungsverhalten entwickelt habe. Da die Beschwerdeführerin hierzu [auch] auf konkrete Nachfragen hin keine präzisen Angaben gemacht habe, könne eine Agoraphobie mit Panikstörung nicht mit Sicherheit diagnostiziert werden, sondern lediglich eine Panikstörung. Auch diese Angststörung sei eine sekundäre Störung auf dem Boden der Traumafolgestörung, insbesondere im Zusammenhang mit der Reaktivierung derselben durch den Entreissdiebstahl.

5.2.5 Zur Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren hält PD Dr. D. \_\_\_ schliesslich fest, dass die Beschwerdeführerin über verschiedenste Schmerzen im Körper berichtet habe, insbesondere den Bewegungsapparat betreffend, aber auch über Kopfschmerzen. So habe die Beschwerdeführerin beispielsweise darüber berichtet, dass sie seit zwei Jahren unter Beinschmerzen leide, diese in den letzten zwei Monaten zugenommen hätten und sie seither an einem Stock gehe. Insofern schein

hier eine deutliche Generalisierungstendenz der Körperschmerzen vorzuliegen. Den Akten sei zu entnehmen, dass teilweise somatische Korrelate nachgewiesen werden konnten, die zumindest einen Teil des Schmerzerlebens begründen könnten, nicht aber das von der Beschwerdeführerin in diesem Ausmass beschriebene Schmerzerleben. In der hiesigen Begutachtung hätten sich [jedoch] keinerlei Hinweise für Inkonsistenzen ergeben. Die Beschwerdeführerin habe sich in ihren subjektiven Angaben zwar immer wieder von einer betont dysfunktionalen Seite präsentiert, Hinweise für ein theatralisches oder für ein histrionisches Verhalten, wie es vom psychiatrischen Gutachter der B.\_\_\_\_ beschrieben worden sei, habe sich hier aber in keiner Weise gezeigt. Die Beschwerdeführerin habe jederzeit psychisch authentisch leidend imponiert. Insbesondere hätten sich aus objektiver Sicht auch gute Konsistenzen zwischen ihren subjektiven Angaben zu ihren Dysfunktionalitäten und den Defiziten in ihrer innerpsychischen Vitalität gezeigt. Es müsse daher davon ausgegangen werden, dass das Schmerzerleben der Beschwerdeführerin eine dissoziierte Abwehr eines emotionalen Schmerzes darstelle, der im Zusammenhang mit den teilweise gravierenden lebensgeschichtlichen Belastungen entstanden sei, so dass hier ein primärer innerpsychischer Konflikt vorgelegen habe, der nicht anderweitig bzw. nicht anders habe gelöst werden können als durch diese dissoziative Abwehr, die sich nun in einem somatoformen Symptombild zeige.

5.3 Zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin führt PD Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Gerichtsgutachten aus, dass es sich bei der posttraumatischen Belastungsstörung der Beschwerdeführerin um eine chronifizierte, dauerhafte und therapieresistente psychische Störung handle. Diese habe bei der Beschwerdeführerin dazu geführt habe, dass sie in ihrer innerpsychischen Belastbarkeit deutliche Defizite entwickelt habe, d.h., dass ihre innerpsychischen Ressourcen im Langzeitverlauf deutlich erschöpft seien, so dass sie nicht mehr in der Lage sei, im ersten Arbeitsmarkt zu bestehen. [Entsprechend könne festgehalten werden], dass aus psychiatrischer Sicht in jeglichen beruflichen Tätigkeiten des ersten Arbeitsmarkts ■ d.h. sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit ■ eine Arbeitsfähigkeit von 0 % bestehe. Die Arbeitsfähigkeit von 0 % bestehe seit dem 13. Juli 2020, als die Beschwerdeführerin erstmals zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden sei. Selbstverständlich könnte hier [nun] argumentiert werden, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen einer störungsspezifischen Traumatherapie eine Aufarbeitung ihrer Psychotraumatisierungen erfahren könnte. Eine solche könnte ambulant, aber auch teilstationär oder stationär erfolgen. Die Beschwerdeführerin habe jedoch mitgeteilt, dass sie sich nicht in der Lage sehe, sich stationär psychiatrisch behandeln zu lassen, weil sie dies an die Verhältnisse im Kriegsgefangenenlager in Bosnien erinnern würde, was nachvollzogen werden könne. Weiter sei realistischerweise auch festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin nunmehr ■ d.h. im Zeitpunkt der Begutachtung ■ 62jährig sei und die relevanten Psychotraumatisierungen vor ca. 30 Jahren erfolgt seien. Zwar sei der Beschwerdeführerin gelungen, ihre Psychotraumatisierungen bzw. die mit diesen einhergehenden psychischen Phänomene über viele Jahre hinweg weitgehend zu opalisieren bzw. zu ■binden■, was ihr unterdessen aber nicht mehr gelinge. Es liege somit eine psychische Störung vor, deren Ursprung drei Jahrzehnte zurückliege und die über viele Jahre, konkret weit über zwei Jahrzehnte, nie behandelt worden sei. Wenn rein theoretisch eine traumaspezifische Psychotherapie erfolgreich verlaufen würde, so müsste für eine solche eine längere Zeitdauer erwogen werden, die durchaus mehrere Jahre umfassen würde, so dass die Explorandin dann schon längst im beruflichen Ruhestand wäre. Die Frage, ob eine störungsspezifische Psychotherapie die psychischen Beschwerden und somit

auch die Arbeitsfähigkeit relevant beeinflussen und verbessern könnte, erweist sich damit als gänzlich irrelevant.

## **E. 5.4**

5.4.1 Psychische Leiden sind wegen ihres Mangels an objektivierbarem Substrat dem direkten Beweis einer anspruchsbegründenden Arbeitsunfähigkeit nicht zugänglich (statt vieler BGE 143 V 418 E. 7). Dieser Beweis ist daher indirekt mittels sog. Indikatoren zu führen. In diesem Zusammenhang hat das Bundesgericht in BGE 141 V 281 in Weiterentwicklung seiner bisherigen Rechtsprechung ein indikatorengeleitetes Beweisverfahren eingeführt, anhand dessen der Beweiswert eines psychiatrischen Gutachtens zu überprüfen ist. Der Beweiswert eines psychiatrischen Gutachtens hängt m.a.W. davon ab, ob dieses die in BGE 141 V 281 aufgeführten Indikatoren hinreichend abhandelt. Damit soll eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens der versicherten Person sichergestellt werden (BGE 141 V 281 E. 3.6). Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren sind folgende (BGE 141 V 281 E. 4.1.3):

5.4.2 In der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist im Rahmen des Komplexes «Gesundheitsschädigung» zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Feststellungen über die konkreten Erscheinungsformen der diagnostizierten Gesundheitsschädigung helfen dabei, Funktionseinschränkungen, welche auf diese Gesundheitsschädigung zurückzuführen sind, von den (direkten) Folgen nicht versicherter Faktoren zu scheiden. Vorliegend hält PD Dr. D. \_\_\_ in seinem Gerichtsgutachten fest, dass die Beschwerdeführerin subjektiv durch ihr Erleben der depressiven Symptomatik, insbesondere aber auch durch ihr Erleben der Körperschmerzen, d.h. der somatoformen Schmerzen, erheblich psychisch belastet und auch im Alltag beeinträchtigt sei. Ebenso bestünden traumaassoziierte Phänomene. Die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde sei als mittelgradig einzustufen.

5.4.3 Was den Behandlungserfolg bzw. die Behandlungsresistenz betrifft, so ist dem Gerichtsgutachten von PD Dr. D. \_\_\_ zu entnehmen, dass bei der Beschwerdeführerin eine chronifizierte, dauerhafte und therapieresistente psychische Fehlentwicklung vorliege, so dass kein Optimierungspotenzial betreffend medizinische Massnahmen bestehe. Dasselbe gelte hinsichtlich des Eingliederungserfolgs bzw. der Eingliederungsresistenz, auch wenn bislang keine beruflichen Massnahmen in die Wege geleitet und zugesprochen worden seien. Die innerpsychische Belastbarkeit der Beschwerdeführerin sei unterdessen derart alteriert, d.h. derart defizitär, dass sie nicht in der Lage sei, berufliche Massnahmen zu durchlaufen.

5.4.4 Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das indikatorengeleitete Beweisverfahren steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall

ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1). Bezüglich psychiatrischer Komorbiditäten verweist PD Dr. D. \_\_\_ in seinem Gutachten auf seine ausführliche differentialdiagnostische Diskussion, in welcher er aufzeigt, dass bei dieser Beschwerdeführerin nebst der posttraumatischen Belastungsstörung auch eine depressive Störung, eine Angststörung und eine somatoforme Schmerzstörung vorlägen, die eng miteinander assoziiert seien.

5.4.5 Im Rahmen des Komplexes «Persönlichkeit» wird nach der Persönlichkeitsentwicklung und -struktur sowie den grundlegenden psychischen Funktionen gefragt, um die persönlichen Ressourcen zu eruieren. In diesem Zusammenhang hält PD Dr. D. \_\_\_ fest, dass bei der Beschwerdeführerin zwar keine eigentliche Persönlichkeitsstörung vorliege, die zu einer erheblichen Erschöpfung der innerpsychischen Ressourcen hätte führen können, dass aber eine posttraumatische Belastungsstörung bestehe, die sodann die innerpsychischen Ressourcen deutlich strapaziere.

5.4.6 Neben den Komplexen «Gesundheitsschädigung» und «Persönlichkeit» bestimmt auch der Komplex «sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist Zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteilwird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum anderen nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht. Zum sozialen Kontext hält PD Dr. D. \_\_\_ fest, dass sich die Beschwerdeführerin seit mehreren Jahren sozial weitgehend zurückgezogen habe. Im Rahmen der Beurteilung der funktionellen Einschränkungen der Beschwerdeführerin anhand des Mini-ICF-APP führt PD Dr. D. \_\_\_ zu den qualitativen Funktionsfähigkeiten in sozialen Interaktionen zudem aus, dass diese Fähigkeit als mittelgradig beeinträchtigt zu beurteilen sei. Die Beschwerdeführerin habe sich von sozialen Interaktionen, die ausserhalb der Familie stattfinden, grösstenteils zurückgezogen. Besondere Ressourcen ergeben sich aus den Akten keine.

5.4.7 In der Kategorie «Konsistenz» ist zunächst der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zu prüfen. Dieser Indikator zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (bspw. Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist. Hierzu hält PD Dr. D. \_\_\_ in seinem Gerichtsgutachten fest, dass die Beschwerdeführerin im Grunde im Rahmen einer regelrechten Vita minima lebe. Sowohl häusliche als auch ausserhäusliche Tätigkeiten seien gleichermassen beeinträchtigt, ebenso die sozialen Interaktionen. Die Beeinträchtigungen zeigten sich in sämtlichen Tagesaktivitäten gleichermassen.

5.4.8 Zuletzt ist schliesslich auch noch der behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesene Leidensdruck zu untersuchen. Dieser betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. PD Dr. D. \_\_\_ führt hierzu aus, dass die Beschwerdeführerin einen

genuinen subjektiven Leidensdruck aufweise, der auch in der hiesigen Begutachtung deutlich werde, sowohl aus ihren subjektiven Angaben als auch im objektiven Psychostatus. Ergänzend ist festzuhalten, dass der Leidensdruck der Beschwerdeführerin auch durch die seit Mitte 2020 bestehende regelmässige Psychotherapie und die nachgewiesene Einnahme von Antidepressiva erstellt ist.

5.5 Dem psychiatrischen Gerichtsgutachten von PD Dr. D. \_\_\_ vom 6. Januar 2025 (A.S. 38 ff.) liegen die vom Versicherungsgericht zur Verfügung gestellten Akten, darunter insbesondere das polydisziplinäre Gutachten der B. \_\_\_ vom 5. August 2022 (IV-Nr. 43), die eigene einlässliche Untersuchung der Beschwerdeführerin am 11. November und 2. Dezember 2024, das ärztliche Zeugnis von N. \_\_\_ vom 18. November 2024 sowie der Laborbericht der Mittelland Labor Olten AG vom 26. November 2024 zugrunde. Gestützt hierauf setzt sich PD Dr. D. \_\_\_ in seinem Gutachten umfassend mit der psychischen Situation der Beschwerdeführerin auseinander. Die Vorakten, insbesondere das Gutachten der B. \_\_\_, werden dabei nicht bloss zur Kenntnis genommen, sondern kritisch analysiert und diskutiert. Die von PD Dr. D. \_\_\_ erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen sind eingehend und nachvollziehbar begründet und vermögen entsprechend zu überzeugen. Die im Gutachten aufgezeigten medizinischen Zusammenhänge und Schlussfolgerungen leuchten ein, zumal sich PD Dr. D. \_\_\_ ausführlich mit den gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung massgeblichen Indikatoren auseinandersetzt. Die im Gutachten beschriebenen funktionellen Einschränkungen der Beschwerdeführerin aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigungen sind folglich als hinreichend ausgewiesen zu betrachten. Gestützt auf die nachvollziehbare Begründung der Diagnosestellung überzeugt auch die gutachterliche Einschätzung, wonach die Beschwerdeführerin eine Arbeitsfähigkeit von 0 % aufweist. Als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie zertifizierter medizinischer Gutachter SIM verfügt PD Dr. D. \_\_\_ offensichtlich über die notwendige Expertise zur Erstellung eines Gerichtsgutachtens. Das Gutachten erfüllt somit sämtliche Anforderungen, die seitens der Rechtsprechung an ein medizinisches Gutachten gestellt werden. Es ist m.a.W. voll beweiswertig.

6. Gestützt auf das Gerichtsgutachten von PD Dr. D. \_\_\_ vom 6. Januar 2025 (A.S. 38 ff.) ist die Beschwerdeführerin seit dem 13. Juli 2020 sowohl in ihrer bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit als zu 100 % arbeitsunfähig anzusehen. Ein Einkommensvergleich zur Bestimmung des Invaliditätsgrades der Beschwerdeführerin erübrigt sich damit. Der Beschwerdeführerin steht ab 1. Juli 2021 eine ganze Invalidenrente zu. Die Beschwerde ist gutzuheissen.

## **E. 7**

7.1 Die obsiegende beschwerdeführende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g Satz 1 ATSG). Der Beschwerdeführerin steht demnach eine ordentliche Parteientschädigung zu.

### **E. 7.2**

7.2.1 Die Höhe der Parteientschädigung für das Verfahren vor dem Versicherungsgericht richtet sich in den Schranken des Bundesrechts nach kantonalem Recht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_273/2013 vom 12. Juli 2013 E. 2). Gemäss Art. 61 lit. g Satz 2 ATSG sind die Parteikosten ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen. Gemäss § 160 Abs. 1 des Gebührentarifs (GT; BGS 615.11) ■ dieser ist nach § 161 GT sinngemäss auch im

Verwaltungsgerichtsverfahren anwendbar ■ sind die Kosten für die berufsmässige Vertretung nach dem Aufwand festzusetzen, der für eine sorgfältige und pflichtgemässe Vertretung erforderlich ist.

7.2.2 Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin macht in ihrer Kostennote vom 10. Februar 2025 (A.S. 93 f.) einen Zeitaufwand von insgesamt 11,6 Stunden geltend. Für den nachprozessualen Aufwand sind dabei 1,5 Stunden vorgesehen (0,5 Stunden für das Urteilsstudium, 0,5 Stunden für die Urteilsbesprechung mit der Klientin, 0,5 Stunden für den Fallabschluss). Im Falle des Obsiegens werden für den nachprozessualen Aufwand praxismässig 0,5 Stunden entschädigt. Der in der Kostennote geltend gemachte Zeitaufwand von 11,6 Stunden ist somit um 1 Stunde auf 10,6 Stunden zu kürzen. Für die Spesen macht die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin eine Pauschale von 5 % geltend. Eine solche erscheint angesichts der sich aus der Kostennote und den Akten ergeben Auslagen als nicht gerechtfertigt. Die Spesenpauschale wird daher auf 3 % gekürzt. Insgesamt ergibt sich somit eine Parteientschädigung von CHF 2'708.05 ([6,8 Stunden x CHF 230.00 + Spesen CHF 46.90 + MwSt. CHF 124.05] + [3,8 Stunden x CHF 230.00 + Spesen CHF 26.20 + MwSt. CHF 72.90]).

## **E. 8**

8.1 Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist der Beschwerdeführerin der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

8.2 Die Kosten gerichtlicher Beweismassnahmen sind vom Sozialversicherungsträger zu übernehmen, sofern zwischen seiner unzureichenden Sachverhaltsabklärung und der Notwendigkeit gerichtlicher Beweismassnahmen ein Zusammenhang besteht (vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4 = Pra 2014 Nr. 32). Art. 45 Abs. 1 ATSG ist insoweit auch im Rechtspflegeverfahren anwendbar (BGE 143 V 269 E. 6.2.1). Ein solcher Fall liegt insbesondere dann vor, wenn die Verwaltung einen zur Klärung der medizinischen Situation notwendigen Aspekt unbeantwortet gelassen hat (BGE 140 V 70 E. 6.1 und 6.2, 125 V 351 E. 3a). Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin die Beweiswertigkeit des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. J. \_\_\_ vom 3. August 2022 (IV-Nr. 43.2 S. 17 ff.) falsch beurteilt. Die Kosten des psychiatrischen Gerichtsgutachtens von PD Dr. D. \_\_\_ vom 6. Januar 2025 (A.S. 38 ff.) in Höhe von CHF 6'000.00 sind folglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Die Höhe der Kosten des Gerichtsgutachtens sind angesichts der Komplexität des Falles, der zweimaligen Untersuchung der Beschwerdeführerin durch PD Dr. D. \_\_\_ sowie dem Umfang des Gutachtens von 46 Seiten ohne Weiteres gerechtfertigt. Die Beschwerdegegnerin hat sich zur Höhe der Kosten trotz entsprechender Gelegenheit nicht vernehmen lassen.

Demnach wird erkannt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Beschwerdeführerin ab 1. Juli 2021 eine ganze Invalidenrente zugesprochen.

2. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von CHF 2'708.05 (inkl. Auslagen und MwSt.) zu bezahlen.

3. Die Beschwerdegegnerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

4. Die Beschwerdegegnerin hat die Kosten des psychiatrischen Gerichtsgutachtens von PD Dr. D. \_\_\_ vom 6. Januar 2025 von CHF 6'000.00 zu bezahlen.

#### 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

Die Präsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Penon

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