

SO_GERICHTE VSBES.2023.161 vom 26. Mai 2023

SO Obergericht, 2023-05-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.161

FR: SO_GERICHTE VSBES.2023.161 du 26 mai 2023

IT: SO_GERICHTE VSBES.2023.161 del 26 maggio 2023

Erwägungen

E. 2

a) Es seien der Beschwerdeführerin ab wann rechtens die gesetzlichen Leistungen (berufliche Massnahmen, Invalidenrente) nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 % zuzüglich einem Verzugszins zu 5 % ab wann rechtens auszurichten. b) Eventualiter: Die Beschwerdesache sei zu ergänzenden medizinischen und / oder beruflich-erwerbsbezogenen Abklärungen an die [Beschwerdegegnerin] zurückzuweisen. c) Subeventualiter: Es sei ein medizinisches Gerichtsgutachten unter Einbezug mindestens der internistischen, rheumatologisch-orthopädischen und psychiatrischen Fachrichtungen einzuholen.

E. 2.2

2.2.1 Anspruch auf eine Invalidenrente haben versicherte Personen, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). 2.2.2 Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung, ob eine Erwerbsunfähigkeit vorliegt, sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur dann vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 2.2.3.1

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 ATSG). Ob ein psychisches Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, beurteilt sich grundsätzlich bei allen solchen Erkrankungen nach einem normativen Prüfungsraaster, dem sog. strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429 sowie 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416 f.). Anhand eines Kataloges von Indikatoren, welche sich auf den funktionellen Schweregrad des Leidens und die Konsistenz des Verhaltens beziehen, erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des (unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und

Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits) tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294 f. und E. 4.1.3 S. 297).

E. 2.2.3.2

Das einem Rentenanspruch vorausgehende Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (s. E. 2.2.1 hiervor) gilt als eröffnet, sobald eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (Amanda Wittwer in: Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Zürich 2017, S. 109 Fn 615). Die Beschwerdeführerin war seit 31. Juli 2019 zu 20 % arbeitsunfähig (E. II. 3.1 + 3.2.1 in fine hiernach), womit die Wartezeit im Juli 2020 endete. Der Rentenanspruch wiederum könnte frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG entstehen (s. Art. 29 Abs. 1 IVG). Dies wäre hier angesichts der Anmeldung vom 23. Februar 2021 (s. E. I. 1 hiervor) im August 2021 der Fall. 2.2.4 Nach dem hier massgeblichen bisherigen Recht (s. E. II. 2.1 hiervor) besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente sowie ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG, in Kraft bis 31. Dezember 2021). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen) in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). 2.3 Invalide oder von einer Invalidität bedrohte versicherte Personen haben Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen (Art. 8 Abs. 1 IVG), soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a), und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). 2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.). Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und gerichtliche Beschwerdeverfahren 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die

Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (a.a.O.; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). 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 351 E. 3b/cc S. 353).

2.5 Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz, d.h. die Verwaltung resp. das Gericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Grundsatz gilt jedoch nicht uneingeschränkt, sondern wird durch die Mitwirkungspflichten des Versicherten relativiert (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen mithin im Sozialversicherungsverfahren in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf dem Wege der Beweiserhebung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten. Gleiches gilt, wenn der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, nicht rechtserheblich erscheint (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1d S. 162). In einer solchen antizipierten Beweiswürdigung liegt kein Verstoß gegen das verfassungsmässig gewährleistete rechtliche Gehör (BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der 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 9C_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1).

3. 3.1 Die Beschwerdeführerin absolvierte in [...] eine Ausbildung zur Schneiderin. In der Schweiz war sie seit 2005 an verschiedenen Orten als Betriebsmitarbeiterin, Raumpflegerin resp. Maschinenbedienerin tätig (IV-Nr. 8). Zuletzt arbeitete sie ab 27. September 2017 bei der E.____ AG als Montagemitarbeiterin (IV-Nr. 14 S. 1). Ab 31. Juli 2019 war die Beschwerdeführerin zu 100 % sowie ab 1. Februar 2021 zu 80 % arbeitsunfähig geschrieben (IV-Nr. 12 S. 2 oben). Die Arbeitgeberin löste die Anstellung unter Einhaltung

der Sperrfrist per 31. Januar 2020 auf, da keine Arbeit mehr vorhanden war (IV-Nr. 14 S. 1). In der Folge ging die Beschwerdeführerin keiner Erwerbstätigkeit mehr nach.

E. 2.3

f. hiervor), so war diese Ergänzung des Gutachtens zwar notwendig, aber nicht auf ein Versäumnis der Beschwerdegegnerin bei der Sachverhaltsabklärung zurückzuführen. Die besagten Kosten erliegen daher auf dem Kanton Solothurn.

E. 3

3.1 Die Beschwerdeführerin absolvierte in [...] eine Ausbildung zur Schneiderin. In der Schweiz war sie seit 2005 an verschiedenen Orten als Betriebsmitarbeiterin, Raumpflegerin resp. Maschinenbedienerin tätig (IV-Nr. 8). Zuletzt arbeitete sie ab 27. September 2017 bei der E. ___ AG als Montagemitarbeiterin (IV-Nr. 14 S. 1). Ab 31. Juli 2019 war die Beschwerdeführerin zu 100 % sowie ab 1. Februar 2021 zu 80 % arbeitsunfähig geschrieben (IV-Nr. 12 S. 2 oben). Die Arbeitgeberin löste die Anstellung unter Einhaltung der Sperrfrist per 31. Januar 2020 auf, da keine Arbeit mehr vorhanden war (IV-Nr. 14 S. 1). In der Folge ging die Beschwerdeführerin keiner Erwerbstätigkeit mehr nach.

E. 3.1

hiervor), würden sich beide Vergleichseinkommen nach den statistischen Durchschnittslöhnen der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) für das Jahr 2020 richten, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art). Beim Valideneinkommen ist ein standardisierter monatlicher Bruttolohn für Arbeitnehmerinnen von CHF 4'634.00 heranzuziehen (Metallerzeugung und Herstellung von Metallerzeugnissen) und beim Invalideneinkommen von CHF 4'276.00 (Total aller Wirtschaftszweige). Mit Aufrechnung auf die betriebsübliche Arbeitszeit und Anpassung an die Lohnentwicklung bis zum Vergleichsjahr 2021 (als der Rentenanspruch frühestens entstehen konnte, E. II. 2.2.3.2 hiervor) sowie einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % und einem leidensbedingten Abzug von 15 % vom Invalideneinkommen ergibt sich ein Valideneinkommen von CHF 57'501.00 und für eine angepasste Tätigkeit ein Invalideneinkommen von CHF 36'611.00. Daraus resultiert ein Invaliditätsgrad von 36,33 %, der keinen Rentenanspruch vermittelt.

3.5 Berufliche Eingliederungsmassnahmen setzen diesubjektive Eingliederungsfähigkeit voraus. Fehlt die Eingliederungsbereitschaft aus invaliditätsfremden Gründen, so entfällt ein Anspruch auf solche Massnahmen, ohne dass zuvor ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren nach Art. 21 Abs. 4 ATSG durchgeführt werden muss. Ein fehlender Eingliederungswille muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Dabei sind insbesondere die gegenüber der Verwaltung und den medizinischen Experten gemachten Aussagen betreffend Krankheitsüberzeugung bzw. Arbeitsmotivation zu berücksichtigen. Ebenfalls von Belang sein können die im Vorbescheid- und Beschwerdeverfahren gemachten Ausführungen bzw. gestellten Anträge (Urteil des Bundesgerichts 8C_287/2022 vom 17. August 2022 E. 5.2.2).

Im vorliegenden Fall besteht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Eingliederungsbereitschaft, sieht sich die Beschwerdeführerin doch als grundsätzlich nicht mehr in der Lage, irgendeiner beruflichen Tätigkeit nachzugehen (s. Urteil des Bundesgerichts 8C_466/2024 vom 1. Mai 2025 E. 5.4). Sie äusserte sich während der verwaltungsinternen Abklärung nicht nur einmal, sondern mehrmals in diesem Sinne, so im

Intake-Gespräch vom 11. März 2021 (IV-Nr. 12 S. 3 unten) und gegenüber den B.____-Gutachtern (IV-Nr. 38.1 S. 20 Ziff. 6.1 / S. 47 / S. 64). Diese sahen denn auch die Motivation und Leistungsbereitschaft als zweifelhaft an (IV-Nr. 38.1 S. 51 Ziff. 4.3 + S. 70). Dies korrespondiert damit, dass keine Bemühungen der Beschwerdeführerin dokumentiert sind, eine passende Arbeit zu finden, obwohl Dr. med. J.____ ab Februar 2021 eine Restarbeitsfähigkeit von immerhin 20 % attestiert hatte (IV-Nr. 15 S. 3 Ziff. 1.3). Daran änderte sich auch nichts, nachdem das B.____-Gutachten vom 8. September 2022 eine Arbeitsfähigkeit von 80 % feststellte (E. II).

E. 3.2

3.2.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich auf das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle B.____ vom 8. September 2022 (IV-Nr. 38.1), als sie einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin verneinte. Dieses Gutachten enthielt folgende Diagnosen (S.

E. 3.2.1

in fine hiervor). Im Übrigen begnügt sich die Beschwerdeführerin im Einwand gegen den Vorbescheid und in der Beschwerdeschrift damit, berufliche Massnahmen zu beantragen, ohne auf die Frage der subjektiven Eingliederungsfähigkeit einzugehen, obwohl sich die Beschwerdegegnerin bei der Verneinung des Anspruchs darauf bezogen hat. Die Beschwerdeführerin legt noch nicht einmal dar, welche beruflichen Massnahmen sie als erforderlich ansieht.

Vor diesem Hintergrund bestand im Verfügungszeitpunkt mangels subjektiver Eingliederungsfähigkeit kein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen.

3.6 Zusammenfassend stellt sich die Beschwerde als unbegründet heraus und ist abzuweisen.

5. Bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bisIVG). Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die unterlegene Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu tragen, welche mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

Was die Kosten über insgesamt CHF 1'417.85 (1'063.40 + 354.45) angeht, welche auf die Zusatzfragen des Gerichts zum B.____-Gutachten vom 8. September 2022 zurückgehen (s. dazu E. I. 2.3 f. hiervor), so war diese Ergänzung des Gutachtens zwar notwendig, aber nicht auf ein Versäumnis der Beschwerdegegnerin bei der Sachverhaltsabklärung zurückzuführen. Die besagten Kosten erliegen daher auf dem Kanton Solothurn.

Demnach wird erkannt:

3. Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen. Dieser Betrag wird mit dem geleisteten Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 verrechnet.

4. Je eine Kopie des Protokolls der Verhandlung vom 6. August 2025 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

5. Das Doppel der Kostennote des Vertreters der Beschwerdeführerin vom 6. August 2025 geht zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

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	Haldemann

E. 3.2.3.1

Dr. med. D.____, Fachärztin für Rheumatologie FMH, hielt in ihrem Teilgutachten fest, als Montagemitarbeiterin habe die Beschwerdeführerin sitzend an einem Tisch Metallstücke kontrolliert oder auch kleinere Sachen montiert. Dabei habe sie z.T. mit den Metallstücken gefüllte Kisten auf den Tisch heben und wieder herunterstellen müssen (S. 26). Spontan berichte die Beschwerdeführerin, sie leide seit fünf Jahren an zunehmenden beidseitigen Knieschmerzen bei Belastungen und beim Anlaufen, an starken lumboglutealen Schmerzen links mit Ausstrahlung in den Oberschenkel bis oberhalb des Knies seit einem Beinahe-Sturz mit Fehlbewegung am 10. Januar 2022, an einer leichten Kraftminderung und Parästhesien des linken Beines sowie seit ca. 15 Jahren an wetter- und stressabhängigen Schläfenschmerzen links bis in den Nacken mit Verstärkung seit ein bis zwei Jahren. Auf gezielte Nachfragen bestätige die Beschwerdeführerin, dass seit ca. 14 Jahren nach einer Spinalanästhesie unter bewegungs- und belastungsabhängigen Rückenschmerzen bis zur unteren Brustwirbelsäule (BWS) sowie seit einer Mittelfussfraktur links im Jahr 2010 bei längerem Gehen unter brennenden Mittelfusschmerzen lateral leide. Mit den erwähnten Schmerzen habe sie noch zu 100 % in der Montage gearbeitet. Diese Tätigkeit habe sie primär aus psychischen Gründen aufgegeben (S. 30).

Bei der klinischen Untersuchung liessen sich die erwähnten Nackenschmerzen durch diverse Bewegungen der Halswirbelsäule (HWS) auslösen bei weitgehend erhaltener HWS-Beweglichkeit. Nachweisbar seien ein leichter Schultertiefstand rechts mit diskreter rechtskonvexer Skoliose, eine Torsion des Beckens nach links, lumbogluteale Schmerzen links bei Lateralflexion, Extension und Flexion, ein Oberschenkelschmerz links bei Hüftgelenkbewegungen bei erhaltener Beweglichkeit, endphasige Knieschmerzen beidseits mit ebenfalls erhaltener Beweglichkeit und eine lokale Druckdolenz am Mittelfuss lateral links auf Höhe Metatarsale IV im mittleren Drittel. Auffällig seien bei der neurologischen Untersuchung eine leichte Kraftverminderung des Iliopsoas links bei erhaltenen Muskeleigenreflexen, differentialdiagnostisch schmerzbedingt, und eine Schmerzangabe im ventralen Oberschenkel links, differentialdiagnostisch Dehnungsschmerz des Musculus rectus femoris. Leider liege aktuell keine Bildgebung vor. Ein CT-Befund der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 23. Juni 2022 zeige keine traumatische Läsion und keine Diskushernie (s.a. S. 29). Laut der Beschwerdeführerin sei bei der Hausärztin vor zwei Monaten beidseits eine klare Gonarthrose nachgewiesen worden; die Bilder und bestellten Laboruntersuchungen seien jedoch nicht eingetroffen. Die

veranlassten Röntgenuntersuchungen der HWS und des linken Mittelfusses im F. ___ hätten am 13. Juli 2022 eine mässiggradige Osteochondrose C5/6 ergeben, aber keine Veränderungen am linken Mittelfuss (S. 30 f.). Zu diagnostizieren seien ein cervikocephales Schmerzsyndrom links, grösstenteils wahrscheinlich myofascial sowie z.T. psychosomatisch bedingt, ein lumbospondylogenes Syndrom links ohne Hinweise für eine radikuläre Reizung oder ossäre Läsion im CT, anamnestisch exazerbiert nach einer abrupten Fehlbewegung der LWS am 10. Januar 2022 bei vorbestehenden chronischen lumbalen Schmerzen ohne Nachweis von relevanten Degenerationen im aktuellen CT, sowie wahrscheinlich beginnende Gonarthrosen bei Genua valga. Die leichten Fingerschmerzen vor allem morgens seien klinisch nicht klar zuzuordnen; aktuell fehlten Hinweise für eine entzündliche Manifestation, relevante Degenerationen an den Händen oder eine Tenosynovitis stenosans. Die Druckdolenz am linken Mittelfuss sei nicht ganz klar, da die Röntgenaufnahme am 13. Juli 2022 unauffällig gewesen sei; immerhin habe die Beschwerdeführerin nach dem Unfall im Jahr 2010 trotz dieser Beschwerden gearbeitet (S. 31).

Die bisherige Tätigkeit sei theoretisch noch zumutbar, trotz der vorübergehenden Schmerzexazerbation lumbal und ins linke Bein bei einer Fehlbewegung im Januar 2022. Eine adaptierte Tätigkeit, leicht bis intermittierend maximal mittelschwer, möglichst wechselbelastend, ohne Sitzen von über einer Stunde, ohne Zwangshaltungen der LWS (inkl. repetitives Bücken und repetitives Heben von Lasten grösser als 5 kg bis intermittierend 10 kg) sowie ohne repetitives Knien, Kauern und Treppen- oder Leiternsteigen, sei in einem vollen Pensum zumutbar (S. 33).

E. 3.2.3.2

Auf Rückfrage des Gerichts hin erklärte Dr. med. D. ___ am 2. Juli 2024 (A.S. 52 ff.), aufgrund der Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. C. ___ vom 6. Juni 2023 sowie der zur Verfügung gestellten und eingesehenen Bildgebung vom 23. Juni 2022 und 29. Mai 2023 seien beginnende Degenerationen objektivierbar, im Sinne von Spondylarthrosen L4 bis S1, wobei höchstens bei L5/S1 rechts eine maximal mässiggradige Ausprägung vorliege, Degenerationen der Bandscheiben L3/4 bis L5/S1 mit Dehydratationen, beginnender Osteochondrose L3/4 und L5/S1 sowie einem Riss im dorsalen Anulus fibrosus L4/5. Diese Degenerationen seien im CT-Befund vom Juni 2022 nicht klar erwähnt worden, dort habe man primär posttraumatische Veränderungen ausgeschlossen. Die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit ändere sich trotz beginnender bis höchstens mässiggradiger Degenerationen nicht. Auch die linkskonvexe Skoliose wirke sich nicht zusätzlich negativ aus. Bei der Diagnose sei man bereits von einer intermittierenden spondylogenen Ausstrahlung links, d.h. von der LWS her, neben myofaszialen Schmerzen ausgegangen. Das Zumutbarkeitsprofil bleibe unverändert. Die Traumatisierung der LWS am 10. Januar 2022 habe laut Dr. med. C. ___ eine vorübergehende Verschlechterung vorbestehender Rückenprobleme für sechs bis zwölf Wochen mit einer möglichen vorübergehenden vollen Arbeitsunfähigkeit bewirkt. Weitere Bildgebungen seiend nicht notwendig. Zwischen dem CT und dem MRI der LWS sei knapp ein Jahr vergangen, ohne dass eine signifikante Zunahme der Degenerationen objektivierbar wäre.

Am 11. Juli 2024 ergänzte Dr. med. D. ___ (A.S. 55 f.), die von der Beschwerdeführerin eingereichten Aufnahmen der HWS und des linken Mittelfusses seien bereits in das Gutachten vom 8. September 2022 integriert worden. Neue Aspekte ergäben sich dadurch keine, weshalb man an der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit

festhalte.

3.2.4 Gemäss dem Teilgutachten von Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie FMH, gab die Beschwerdeführerin an, die bewegungs- und belastungsabhängigen lumbalen Rückenschmerzen strahlten über das linke Gesäss in die Oberschenkelaußenseite bis zum Knie aus (S. 35). In Ruhe bestünden keine Schmerzen. Sie könne gehen und sich bewegen; das Gefühl in den Beinen sei vorhanden, eine Lähmung liege nicht vor. Die drückenden Kopfschmerzen im Bereich der linken Kopfhälfte, betont in der Mitte des Kopfes, strahlten nach hinten aus. Sie leide seit 17 Jahren unter Kopfschmerzen. Manchmal habe sie zwei bis drei Tage keine. Zur Behandlung der Kopf- und Rückenschmerzen nehme sie dreimal täglich Dafalgan; während einer Woche pro Monat verzichte sie aber auf Schmerzmittel (S. 36). Die HWS sei gut beweglich, doch zeigten sich links ein druckdolenter okzipitaler Muskelansatz sowie eine druckdolente paravertebrale cervikale Muskulatur. Die angegebenen links-hemisphärischen Kopfschmerzen dürften cervikogen bzw. tendomyogen mitbedingt sein. Das Gangbild sei unauffällig, Fersen- und Zehengang sowie Kniebeugen könnten durchgeführt werden. Der Strichgang sei möglich und der Romberg negativ. Eine Extremitätenataxie sowie ein Trendelenburg- oder Lasegue-Zeichen fänden sich nicht. Die Innen- und Aussenrotation im linken Hüftgelenk sei endgradig schmerzhaft mit Angabe von linksseitigen glutealen Schmerzen. Die Muskeleigenreflexe im Bereich der oberen und unteren Extremitäten könnten symmetrisch ausgelöst werden. Ein Babinski finde sich nicht und der Muskeltonus sei normal. Paresen oder Sensibilitätsausfälle liessen sich im Bereich der oberen und unteren Extremitäten nicht nachweisen. Aufgrund der Angabe zur Schmerzmitteleinnahme sei ein Kopfschmerz zufolge Medikamentenübergebrauch nicht auszuschliessen. Weiter bestehe ein Lumbovertebralsyndrom mit ischialgiformer Schmerzsymptomatik links, klinisch ohne Hinweise für eine lumbale radikuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfallsymptomatik (S. 40 f.). Der Bericht zum MRI vom 29. November 2019 nenne minimale Marklagerveränderungen, am ehesten mikroangiopathisch bedingt bei ansonsten unauffälligem Befund des Neurokraniums (S. 42). Aus neurologischer Sicht ergäben sich keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 42 f.).

3.2.5 Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in seinem Teilgutachten fest, die Beschwerdeführerin gebe an, wie schon mehrfach zuvor unter Depressionen zu leiden, d.h. sie fühle sich schwach und kraftlos, habe Kopfschmerzen und schlechte Laune und empfinde das Leben als sinnlos. In schlechten Zeiten habe sie jeweils Surmontil genommen, dieses jedoch aktuell wegen Juckreiz am ganzen Körper abgesetzt. Sie fühle sich unwohl, habe keine Gefühle und keine Lebensfreude mehr. Innert vier bis fünf Jahren sei sie sehr vergesslich geworden, seit ca. einem Jahr sei es ganz schlimm. Ihre Termine kämen ihr dann aber jeweils doch wieder in den Sinn. Sie erwache nachts häufig und spüre eine Schwäche in der Magengegend; es handle sich um eine innere Nervosität, eine Art Angst (S. 45). Die geklagten schlimmen Gedanken vermöge die Beschwerdeführerin nicht zu erklären, es komme davon, was sie alles erlebt habe. Es kämen immer wieder dieselben Gedanken, meist über ihr Leben. In engen Räumen halte sie es nicht mehr aus. Vegetativ leide sie unter vermehrtem Schwitzen sowie Pruritus. Mitunter sei ihr auch schwindlig. Sie sei den ganzen Tag müde. Manchmal sei es etwas besser, heute sei sie aber sehr müde. Sie möge nicht mehr (S. 46), sei wie wertlos. Aktuell gehe sie vierzehntäglich zu Dr. med. J.____, wenn er freie Termine habe; den letzten Termin habe sie jedoch verpasst, er werde sie jetzt wieder anrufen. Seit dem Absetzen des Surmontils habe sie keine Veränderung ihrer Symptome bemerkt (S. 47). Sie stehe gegen 8:00 Uhr auf und

brauche dann einige Zeit, um in die Gänge zu kommen. Sie trinke einen Kaffee mit ihrer Schwiegertochter, schaue auf die Enkelin, gehe mit ihr spazieren und habe vielleicht auch Termine. Das Mittagessen werde von der Schwiegertochter zubereitet, dann sehe sie fern und habe eventuell Termine. Sie sei «überlastet» mit diesen vielen Terminen. Sie besuche auch noch den auswärts wohnenden Sohn und spiele dort mit dem Enkel (S. 48). Das Abendessen werde noch am ehesten von ihr selbst zubereitet, meist aber auch von der Schwiegertochter. Anschliessend sehe sie fern, rede mit der Familie und gehe früh ins Bett. Eine Kommunikation mit ihrem Gatten bestehe nicht mehr. Ihre Ehe sei seit der Geburt im Jahr 2002 unglücklich geworden (S. 49).

Die Beschwerdeführerin betrete das Untersuchungszimmer mit deutlich leidender und trauriger Miene. In dieser Phase des Gespräches wirke sie schwer depressiv. Im Verlaufe der zweieinhalbstündigen Exploration zeigten sich dann unterschiedliche affektive Zustände, meist deprimiert mit einer ausgeprägten Resignation, dann aber wieder ein recht waches Temperament auch mit Lachen, sodass die Beschwerdeführerin unauffällig wirke (S. 50). Diese sei der deutschen Sprache leidlich mächtig, verstehe die gestellten Fragen jedoch häufig nicht wirklich, sodass die Dolmetscherin immer wieder eingreifen müsse. Dennoch seien die Angaben oft ungenau und etwas widersprüchlich, etwa was den Zeitpunkt des letzten Termins beim Psychotherapeuten angehe. Die Beschwerdeführerin sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Die zu Beginn allgemeine Verlangsamung halte über die Dauer des Gesprächs nicht an. Die Aufmerksamkeit fluktuere, auch themenabhängig. Es würden erhebliche Gedächtnisstörungen geltend gemacht, insbesondere das Frischgedächtnis betreffend; die Dinge fielen der Beschwerdeführerin dann jedoch wieder ein, was eher gegen eine Hirn-Organizität spreche. Mindestens teilweise entstehe der Eindruck einer deutlichen Motivationsproblematik. Formal zeige sich einerseits zeitweilig eine Ideenarmut und Leere, etwa indem die Beschwerdeführerin nicht in der Lage sei, die geklagten schlimmen Gedanken zu nennen. Berichtet werde auch über gehemmtes Denken und nächtliches Grübeln. Das angegebene gehäufte Händewaschen im Sinne eines (leichten) Zwanges sei während der Untersuchung nicht objektivierbar (S. 52). Weiter würden phobisches Verhalten in engen Räumen sowie Angst resp. Panik, teilweise bei nächtlichem Erwachen, erwähnt. Objektiv berichte die Beschwerdeführerin teils zäh und wenig konzis; man müsse ihr die Fäden aus der Nase ziehen, was die Erhebung der Anamnese deutlich erschwere. Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich Störungen lägen nicht vor. Die Beschwerdeführerin sei im Affektiven verlangsamt, in der Mimik verarmt und in der Schwingungsfähigkeit deutlich reduziert. Dann wiederum helle sich recht unvermittelt die Stimmung auf, die Beschwerdeführerin berichte flüssiger und teils auch lachend. Im Eigenerleben beschreibe sie sich als depressiv, freud- und lustlos, ohne Gefühle, energielos und müde. Es bestünden eine ausgesprochene Selbstwertproblematik, Schuldgefühle und eine Dependenz. Hinzu kämen Klagen über allgemeine Kraftlosigkeit und vegetative / psychosomatische Beschwerden wie Schlafstörungen, Kopfschmerzen, gelegentlich Schwindel, Schweissausbrüche und nächtliches ängstliches Erwachen, daneben Schmerzen im Bereich des Rückens, des linken Oberschenkels und teilweise der Gelenke. Charakterlich wirke die Beschwerdeführerin wenig durchsetzungskräftig, etwa was die Möglichkeit einer Ablösung vom Gatten betreffe. Gleichzeitig zeige sie sich schwer resigniert. Im Beck-Depressionsinventar, einem Selbstbeurteilungsfragebogen, der mithilfe der Dolmetscherin ausgefüllt werde, erziele die Beschwerdeführerin ein Score von 27, was einer mässig bis schwer ausgeprägten Depression entspreche. Die Validität dieser Angaben werde infrage gestellt, so kreuze die Beschwerdeführerin u.a. an, dass sie nicht von sich

enttäuscht sei, was im klaren Kontrast zu den mündlich gemachten Angaben stehe. Auch im Mini-ICF-Selbstbeurteilungsfragebogen schildere sich die Beschwerdeführerin gegenüber dem klinischen Eindruck doch unterschiedlich. Die zu Hause lebende Tochter beschreibe die Beschwerdeführerin bei einem Telefongespräch als eine starke Person, sie versuche alles zu geben (S. 52). Seit in der letzten Zeit vermehrt Rückenschmerzen hinzugetreten seien, mache sie im Haushalt nicht mehr viel. Sie habe seit ein bis zwei Jahren Probleme mit dem Gedächtnis und vergesse viel. Die Medikamente habe die Beschwerdeführerin aktuell ausgesetzt. Mit ihrer Arbeit habe sie aufgehört, weil ihr einfach alles zu viel geworden sei. Stimmungsschwankungen bestünden tatsächlich, die Beschwerdeführerin freue sich, wenn sie (die Tochter) da sei, sei dann aber sehr schnell wieder deprimiert. Das Hauptproblem sei der Vater, der unkorrigierbar immer denke, er sei im Recht (S. 53).

Die Beschwerdeführerin habe eine unauffällige Kindheit und Jugend verlebt. Einschneidend sei der Tod der Mutter erlebt worden, als die Beschwerdeführerin mit 20 bis 21 Jahren frisch verheiratet gewesen sei. Sie habe für die wesentlich jüngeren Geschwister die Verantwortung übernehmen müssen und eine Totgeburt erlitten. Während vier bis fünf Jahren sei es eine sehr harte Zeit gewesen, in der sie noch zwei eigene Kinder geboren habe (S. 53). Später habe sich die psychosoziale Belastungssituation etwas verbessert. 2002, nun in der Schweiz, habe sie noch einmal eine Tochter gehabt. Seither sei ihre Ehe unglücklich. Der Gatte habe sich finanziell nicht mehr gekümmert, sei fremdgegangen und habe nur noch reklamiert; dennoch sei es der Beschwerdeführerin nicht gelungen, sich aus dieser konfliktreichen Ehe zu lösen, was sie sich heute schwer vorwerfe. Sie lebe derzeit mit ihrem Gatten und einem ihrer verheirateten Söhne, dessen Frau und ihrem Enkel in einer Wohnung. Im Rahmen des chronischen Ehekonfliktes sei sie immer wieder einmal depressiv gewesen und habe über 15 Jahre Surmontil eingenommen. Seit 2021 stehe sie in einer mehr oder weniger regelmässigen Psychotherapie (S. 54).

Die Beschwerdeführerin habe die Hausarbeit aus kulturellen Gründen weitgehend delegiert. Ihre Angaben seien teilweise nicht konsistent. Zudem sei es ausserordentlich schwierig, die aktuellen Behandlungen und deren Effekt zu beschreiben; die Beschwerdeführerin mache gehäuft recht vage Angaben, und auch die Aktenlage bleibe letztlich unvollständig. An phasenhaft auftretenden kurzen depressiven Episoden bestehe aber kein Zweifel (S. 54 f.). Anlässlich der heutigen psychiatrischen Untersuchung würden die verschiedenen von der Beschwerdeführerin beschriebenen aversiven Erlebnisse als krankheitsauslösend und auch -unterhaltend beurteilt. Charakterlich sei die Beschwerdeführerin nicht in der Lage, eine anhaltende psychosoziale Belastungssituation, d.h. den chronischen Ehekonflikt, massgeblich zu ändern. Dies möge einerseits den kulturellen Gegebenheiten geschuldet sein, andererseits seien die auch heute festgestellten dependenten Charakterzüge mitverantwortlich und wohl auf den Tod der Mutter und die dadurch entstehenden Pflichten zurückzuführen. Die Angabe der Beschwerdeführerin, sie sei schon früher depressiv gewesen, sei so ohne weiteres plausibel. Aktuell bestehe ein fluktuierendes depressives Syndrom, insgesamt einer leichten bis maximal mittelgradigen depressiven Episode entsprechend. Im Rahmen der Untersuchung zeige sich affektiv ein sehr unterschiedliches Zustandsbild mit deutlichen Stimmungsschwankungen; insgesamt überwiege eine eher depressive Grundstimmung. Daneben bestehe eine ausgesprochen resignative Entwicklung, welche auch den Charakterzügen geschuldet sei und dazu führe, dass die Beschwerdeführerin sich selbst beschuldige, Gefühle der Wertlosigkeit entwickle etc. (S. 55). Dabei gingen die Erschöpfung, die vermehrte Ermüdbarkeit und der

Vitalitätsverlust weniger auf eine körperliche Arbeit denn auf eine geistige Abwehrarbeit zurück. Die Beschwerdeführerin erscheine heute auch in ihrer Motivation gestört, dann doch wieder interessiert und affektiv unauffällig. Daneben bestehe mindestens ein teilweiser sozialer Rückzug. Insgesamt entspreche das aktuelle Zustandsbild durchaus den Schilderungen der im Januar 2021 berichtenden Psychologin. Die damals diagnostizierte mittelgradige depressive Episode könne heute so aber nicht bestätigt werden. Dafür sei die Stimmungslage zu wechselhaft mit zeitweilig völliger Aufhebung der Depressivität. Das früher diagnostizierte Burn-out-Syndrom treffe im Sinne der anhaltenden Belastung durch den chronifizierten Ehekonflikt zwar repetitiv zu, sei aber nicht als krankheitswertig im Sinne der IV zu betrachten. Im Rahmen der resignativen Entwicklung mit den nicht anhaltenden depressiven Einbrüchen seien auch die körperlichen Beschwerden, insbesondere die Kopfschmerzen zu sehen (S. 56). Die anhaltenden psychosozialen Stressoren seit dem 21. Lebensjahr, welche die Beschwerdeführerin nicht relevant abzubauen vermocht habe, hätten über die Jahre zu depressiven Phasen mit wohl teilweiser psychosomatischer Überlagerung geführt, wie sie sich heute darstelle. Es sei zu einer deutlich negativistisch-resignativen Entwicklung gekommen, die Beschwerdeführerin habe allerdings bis 2021 auch keine wirkliche psychotherapeutische Behandlung aufgenommen. Wie weit eine adäquate Psychopharmako-Therapie effektiv durchgeführt worden sei, könne heute nicht geklärt werden (S. 56 f.).

Die Beschwerdeführerin sei heute aufgrund des affektiven Zustandsbildes in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt, wobei die therapeutischen Möglichkeiten noch nicht vollständig ausgeschöpft seien. Die beklagten erheblichen kognitiven Einschränkungen würden ■ ohne Kenntnis der neuropsychologischen Untersuchung ■ wesentlich diesem affektiven Zustandsbild zugeschrieben. Die Beschwerdeführerin sei heute in ihrer Vigilanz, ihrer Flexibilität, Umstell- und Durchhaltefähigkeit eingeschränkt. Ob die subjektiv geschilderten übrigen Einschränkungen auch unter intensiver Behandlung bestehen blieben, werde der weitere Verlauf zeigen. Aktuell bestehe eine IV-relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von ca. 20 %. Eine darüberhinausgehende Einschränkung lasse sich heute aus psychiatrischer Sicht nicht begründen; insbesondere sprächen der fluktuierende Verlauf und das Aufhellen auch während der Untersuchung dagegen, dass derzeit eine durchgängige mittelgradige oder gar schwere Depressivität bestehe. Vielmehr entstehe der Eindruck, die Beschwerdeführerin sei zu wenig gestützt, möglicherweise auch durch das familiäre Umfeld nicht genügend in der Möglichkeit einer Verbesserung der Situation bestärkt (S. 57); im familiären System ergebe sich bezüglich der kulturellen Rollenverteilung eher das Bild einer Unterstützung im traditionellen Rollenverständnis, womit den dependenten Charakterzügen nicht entgegengewirkt werden könne. Der bisherige Therapieverlauf sei wenig dokumentiert. Heute sei unklar, in welcher Intensität eine Behandlung effektiv erfolge. Zweifellos bestehe eine langjährige Entwicklung; die Gefahr der Chronifizierung der aktuellen leichten, fluktuierenden depressiven Episode bestehe, eine bereits fixierte chronifizierte Depressivität (also eine Therapieresistenz) müsse aber noch nicht diagnostiziert werden. Die Beschwerdeführerin vermittele keinen Eindruck von über das depressive Leiden hinausgehenden gravierenden kognitiven Einschränkungen bei durchschnittlicher Intelligenz. Wesentlich erscheine, dass sie ihre eigene innere negative Einstellung bezüglich ihres Lebensentwurfes und Selbstwertes verändern könne (S. 58). Die Angaben der Beschwerdeführerin seien in sich plausibel, aber nicht immer ganz konsistent. Bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit seien weniger eine Inkonsistenz per se ■ also eine bewusstseinsnahe Täuschung ■ anzunehmen denn Invaliditätsfremde Faktoren, etwa

kulturelle Gegebenheiten, welche bei der subjektiven Einschätzung einer minimalen vorhandenen Arbeitsfähigkeit mitspielten. Unklar bleibe auch die Rolle der Familie im Rahmen der Unterstützung psychotherapeutischer Massnahmen (S. 59).

Aus rein psychiatrischer Sicht einschränkend seien heute ■ ohne Kenntnis der neuropsychologischen Resultate ■ nur das affektive Leiden resp. damit verbundene neuropsychologische Störungen. Einschränkungen beständen bei häufigen Kundenkontakten oder Arbeiten, welche grosse Selbstständigkeit, Ausdauer, Präzision, Stressresistenz und Schnelligkeit erforderten. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in der Metallmontage und Qualitätskontrolle sei aus psychiatrischer Sicht, soweit sie hohe konzentrative Anforderungen stelle, nach Massgabe der Neuropsychologie eingeschränkt. Den körperlichen Leiden angepasste Tätigkeiten wie leichte Montagearbeit, ohne solche höheren kognitiven Anforderungen und ohne anhaltende hohe Arbeitsdichte, wären zu 80 % zumutbar. Rein aufgrund der affektiven Beeinträchtigung sei eine Leistungsminderung von 20 % zu attestieren (S. 57 + 59). Eine regelmässige stützende und die negativen Kognitionen adressierende psychotherapeutische Behandlung sei notwendig und weiterhin indiziert. Diese sollte auch zumindest initial psychopharmakologisch unterstützt werden (S. 59).

3.2.6 Dipl.-Psych. K.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, erklärte in ihrem Teilgutachten, die Angaben der Beschwerdeführerin seien grösstenteils vage, mitunter widersprüchlich und in sich nicht durchgängig konsistent. Auch gestalte es sich ausserordentlich schwierig, ein vollständiges Bild der Alltagsfunktionalität zu erhalten. Die Beschwerdeführerin beschreibe sich als gute bis sehr gute Schülerin könne aber einfache mental-arithmetische Aufgaben nicht lösen, was ein eher niedriges Bildungsniveau oder auch eine Dyskalkulie vermuten lasse. Insgesamt ergäben die eigen- und aktenanamnestischen Angaben kein vollständiges Bild des prämorbidem Leistungsniveaus der Beschwerdeführerin, was Voraussetzung wäre, um allfällige kognitive Veränderungen zu beurteilen. Die Validität der gezeigten Leistungen sei aus folgenden Gründen eingeschränkt (S. 70 f.):

Ein problematisches Leistungsverhalten sei nachgewiesen. In der Gesamtschau aller verfügbaren Informationen und in Anlehnung an den Entscheidungsalgorithmus von Slick und Sherman (2013) sei auf eine Verdeutlichung von Symptomen zu schliessen. Die von der Beschwerdeführerin gezeigten Leistungen könnten somit nicht als Nennwert ihrer Leistungsfähigkeit herangezogen werden. Trotz der invaliden Befunde seien aber Einschränkungen der Kognition und / oder der Belastbarkeit nicht ausgeschlossen. Das mögliche Ausmass lasse sich aber auf der Grundlage der aktuellen Befunde nicht abschätzen (S. 70). An Ressourcen sei hervorzuheben, dass die Beschwerdeführerin in der Lage sei, einem Gespräch zu folgen. Auch innerhalb der drei Stunden und zwei Minuten dauernden Untersuchung ohne Pause ergäben sich keine Hinweise für einen Leistungsabfall oder -einbruch. Die selektive Beachtung von Reizen gelinge gleich gut wie Gleichaltrigen. Die Beschwerdeführerin zeige sich nicht anfällig für Interferenzen. Monochrome Strichzeichnungen würden problemlos erkannt. Mangels Validität der Befunde könne die gegenwärtige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, in einem angepassten Arbeitsbereich oder einer Verweistätigkeit aus neuropsychologischer Sicht nicht beurteilt werden. Wären die objektivierten Befunde valide, entsprächen sie einer leichten bis mittelgradigen neuropsychologischen Störung, aus welcher sich eine maximale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf im Ausmass von 30 % ableiten

liesse (S. 71 f.).

3.3 Das B.____-Gutachten geniesst vollen Beweiswert, erfüllt es doch sämtliche Anforderungen der Rechtsprechung (s. dazu E. II. 2.4 hiervor): Es stammt von unabhängigen Facharztpersonen der einschlägigen medizinischen Disziplinen, welche aufgrund ihrer Ausbildung qualifiziert sind, die gesundheitliche Situation und die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu beurteilen. Weiter haben die Sachverständigen die Beschwerdeführerin lege artis zu ihren subjektiven Beschwerden, ihren Verhältnissen und zur Vorgeschichte befragt (IV-Nr. 38.1 S. 15 ff. / 23 ff. / 35 ff. / 45 ff. / 61 ff.), die objektiven Befunde erhoben (S. 18 f. / 27 ff. / 38 f. / 50 ff. / 65 ff.) sowie die wesentlichen Vorakten zur Kenntnis genommen (S. 11 ff. / 15 / 23 / 35 / 44 / 61). Auf dieser Grundlage befassten sich die Sachverständigen sodann mit dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (S. 20 f. / 30 ff. / 40 ff. / 53 ff. / 68 ff.), wobei sie zu Schlüssen gelangten, die vor dem Hintergrund der objektiven Befunde sowie der festgestellten Diskrepanzen nachvollziehbar sind. Was im Beschwerdeverfahren dagegen vorgebracht wird, dringt nicht durch.

3.3.1

3.3.1.1 Die Beschwerdeführerin beanstandet einmal, dass die rheumatologische Expertin nicht über die erforderliche Bildgebung verfügt habe.

3.3.1.2 Die Expertin Dr. med. D.____ verneinte im Gutachten relevante Degenerationen der LWS, wobei sie sich auf das CT des F.____ vom 23. Juni 2022 berief (E. II. 3.2.3.1 hiervor). Gemäss der dortigen Befundung lagen keine frische ossäre traumatische Läsion der LWS und des cranialen Sacrums sowie keine Diskushernien vor (IV-Nr. 38.1 S. 29). Demgegenüber diagnostizierte der Suva-Kreisarzt Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, in seiner Aktenbeurteilung vom 6. Juni 2023 (Suva-Nr. 96) eine degenerative Spondylarthrose L4 bis S1 (Facettengelenkarthrose beidseits rechtsbetont und Sklerosierung der Deckplatten mit osteophytären Ausziehungen nach ventral und dorsal) sowie degenerative Bandscheibenveränderungen L3 bis S1 (Signalerniedrigung der Bandscheiben L3/4, L4/5 und L5/S1 sowie Anulus fibrosus-Einriss der Bandscheibe L4/5 median ohne Nachweis einer Hernierung). Der Kreisarzt stützte sich dabei auf die eigene Durchsicht der CT-Aufnahmen vom 30. Dezember 2021 und 23. Juni 2022 sowie des MRI vom 9. Mai 2023.

Um den Sachverhalt zu klären, legte das Gericht der Expertin neben dem Kreisarztbericht auch die erwähnte Original-Bildgebung zur Einsicht vor (E. I. 2.3 und E. II. 3.2.3.2 hiervor). Auf dieser Grundlage stellte die Expertin nunmehr beginnende bis höchstens mässige degenerative Veränderungen fest, gelangte aber zum Schluss, dass diese keine zusätzlichen Einschränkungen bewirkten. Vor diesem Hintergrund kann die Beschwerdeführerin aus der Beurteilung des Kreisarztes nichts für sich ableiten. Die Auffassung der Expertin, wonach die degenerativen Veränderungen keine zusätzlichen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben, verdient Zustimmung. Es erscheint als plausibel und überwiegend wahrscheinlich, dass das Zumutbarkeitsprofil im Gutachten, mit einer leichten bis intermittierend mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Zwangshaltungen der LWS (E. II. 3.2.3.1 in fine hiervor), auch der reduzierten Belastbarkeit durch die degenerativen Veränderungen, welche nicht stark ausgeprägt sind, Rechnung trägt. Dem steht die Beurteilung des Kreisarztes nicht entgegen. Dessen Aufgabe

war es, die Frage der Unfallkausalität zu klären, welche er verneinte. Zur Arbeitsfähigkeit musste er sich folglich gar nicht äussern. Andererseits hielt er fest, der Unfall vom 10. Januar 2022 habe bloss zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der Beschwerden während höchstens sechs bis zwölf Wochen geführt, so dass sich auch unter diesem Blickwinkel keine längerdauernde Zunahme der Arbeitsunfähigkeit über 20 % hinaus ergibt. Im Übrigen stellt bei Gesundheitsschäden im Bereich der Wirbelsäule die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ■ wie sie die Expertin, nicht aber der Kreisarzt vorgenommen hat ■ die wichtigste Prüfung dar, um die Arbeitsfähigkeit beurteilen zu können (Urteil des Bundesgerichts 8C_431/2024 vom 16. Dezember 2024 E. 6.3.2). Ein radiologischer Befund führt demgegenüber nicht zwingend zu einer relevanten Diagnose, zumal wenn wie hier keine Neurokompression vorliegt (Urteil des Bundesgerichts 9C_16/2025 vom 24. April 2025 E. 4.7.3). Berichte von behandelnden Ärzten mit neuen Erkenntnissen, welche Zweifel am rheumatologischen Teilgutachten nebst Ergänzungen erwecken könnten, sind keine aktenkundig.

Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, es sei nicht statthaft gewesen, der Expertin Dr. med. D.____ nachträglich die Original-Bildgebung vorzulegen und sie dazu Stellung nehmen zu lassen, denn die Expertin habe im Rahmen dieser Ergänzung des Gutachtens nicht mehr unbefangen sein können. Dem kann indes nicht gefolgt werden. Einerseits erhob die Beschwerdeführerin vorgängig keine solchen Einwände, als das Gericht ankündigte, bei der Expertin eine Stellungnahme zur Bildgebung einzuholen (s. E. I. 2.3 hiervor). Andererseits kann nicht ohne Weiteres angenommen werden, dass eine Sachverständigenperson schlechthin ausserstande ist, ihr nachträglich vorgelegte radiologische Aufnahmen ergebnisoffen zu würdigen; bei Dr. med. D.____ finden sich in den Ergänzungen vom 2. und 11. Juli 2024 keine Hinweise, die geeignet wären, den Anschein der Befangenheit zu erwecken, z.B. dass sie sich von unsachlichen Überlegungen hätte leiten lassen.

3.3.1.3 Hinsichtlich der beiden Knie sah die Expertin aufgrund der Klinik beginnende Gonarthrosen bei Genua valga als wahrscheinlich an (E. II. 3.2.3.1 hiervor). Dies wurde ebenfalls im Zumutbarkeitsprofil (wechselbelastend, ohne repetitives Knien, Kauern und Treppen- oder Leiternsteigen) angemessen berücksichtigt. Die der Expertin nicht bekannte Röntgenaufnahme des rechten Knies vom 7. Januar 2022 stellt keinen Grund dar, vom Gutachten abzuweichen. Der Bericht zu dieser Röntgenaufnahme, den die Beschwerdeführerin nachträglich eingereicht hat (Beschwerdebeilage / BB-Nr. 6), attestiert abgesehen von beginnenden degenerativen Veränderungen einen altersentsprechend unauffälligen Befund (normale Form des Kniegelenkes ohne Achsfehlstellung, regelrechte Artikulation mit unauffälliger Darstellung der artikulierenden Gelenkflächen, normale Gelenkspaltweite, vereinzelt Osteophyten), was mit der klinischen Untersuchung durch die Expertin korrespondiert. Die Aufnahmen vom 22. März 2024 wiederum, welche beidseits eine mediale Gonarthrose mit Gelenkspaltverschmälerung und angedeuteter Osteophytenbildung zeigen (BB-Nr. 7), ergingen erst geraume Zeit nach der angefochtenen Verfügung und geben daher für den hier massgeblichen Sachverhalt nichts her (s. dazu E. II. 1 hiervor). Dasselbe gilt für den Bericht von Dr. med. L.____ vom 18. März 2024, der von Schmerzen im Trochanterbereich links und einem ISG-Syndrom spricht (BB-Nr. 8).

3.3.2

3.3.2.1 Die Beschwerdeführerin rügt sodann, der neurologische Experte habe nicht geprüft, ob es sich bei den als linksseitige Hemikranie diagnostizierten Kopfschmerzen um einen

Cluster-Kopfschmerz handeln könnte. Damit dringt sie indes nicht durch, da kein zusätzlicher Abklärungsbedarf ersichtlich ist. Med. pract. M.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie beim Regionalen Ärztlichen Dienst der Invalidenversicherung (RAD), hielt in ihrer Stellungnahme zum Gutachten dafür, die anamnestisch beschriebene Kopfschmerzcharakteristik biete differentialdiagnostisch keine Hinweise auf eine Clustersymptomatik (IV- Nr. 46 S. 2). Dies korrespondiert mit den Akten, hat doch bislang kein Arzt von einer solchen Symptomatik gesprochen, obwohl die Kopfschmerzen schon seit Jahren bestehen sollen (IV-Nr. 38.1 S. 36). Auch Dr. med. J.____, Prakt. Arzt FMH und Klinische Verhaltenstherapie VFKV, erwähnte am 18. März 2021 bloss chronische linksseitige Kopfschmerzen (IV-Nr. 15 S. 3 Ziff. 2.1), ohne diese dann aber diagnostisch einzuordnen; als Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde lediglich eine leichte depressive Episode aufgeführt (S. 4 Ziff. 2.5). Ein MRT des Neurokraniums am 29. November 2019 blieb abgesehen von minimalen Marklagerveränderungen unauffällig (IV-Nr. 38.5), weshalb sich auch hier nichts für die Beschwerdeführerin ergibt.

3.3.2.2 Die Beschwerdeführerin, welche [...] Muttersprache ist, wendet weiter ein, die Dolmetscherin sei erst nach 53 Minuten zur Untersuchung gestossen, weswegen die Verständigung mit dem neurologischen Experten schlecht gewesen sei.

Es trifft zu, dass die Exploration ohne die Dolmetscherin begonnen wurde. Dies geschah freilich im Einverständnis mit der Beschwerdeführerin, welche in der Folge nicht verlangte, dass die Untersuchung bis zum Erscheinen der Dolmetscherin unterbrochen werde. Der Experte stellte denn auch fest, dass die Beschwerdeführerin verständlich deutsch spreche (IV-Nr. 38.1 S. 35). Verständigungsprobleme müssen erheblich sein und die Substanz der Expertise betreffen, um Zweifel an dieser zu erwecken (Urteil des Bundesgerichts 8C_663/2021 vom 9. Februar 2022 E. 5.6.7). Dies ist hier weder dargetan noch ersichtlich. Einerseits zeigt die Beschwerdeführerin keine konkreten Missverständnisse etc. auf, welche aus der fehlenden Übersetzung resultiert hätten. Andererseits vermag das Gericht bei der Abhörung der Tonaufnahme keine sprachlichen Schwierigkeiten zu erkennen. Im Übrigen wurde die fehlende Übersetzung nicht unmittelbar nach der erfolgten Begutachtung gerügt. Auch im Einwand gegen den Vorbescheid im verwaltungsinternen Verfahren (IV-Nr. 43) sowie in der Beschwerdeschrift war von dergleichen noch keine Rede.

3.3.3

3.3.3.1 Die Beschwerdeführerin kritisiert beim psychiatrischen Teilgutachten, der Experte habe im Rahmen der Diagnose nicht begründet, warum keine mittelgradige depressive Störung vorliege. Dem ist zu entgegnen, dass der Experte sehr wohl angab, warum er von leichten depressiven Episoden ausging, nämlich wegen der zwischenzeitlichen Stimmungsaufhellungen während der Untersuchung. Richtig ist, dass laut dem Bericht der Psychologin N.____ vom 12. Januar 2021 damals wegen einer mittelgradigen depressiven Episode eine Behandlung aufgenommen wurde (IV-Nr. 38.1 S. 44). Allerdings ist diese Therapie zu hinterfragen. Eine stationäre Behandlung wurde nicht erwogen, während in der ambulanten Psychotherapie offenbar alle zwei Wochen ein Gesprächstermin vorgesehen war. Eine bloss alle 14 Tage stattfindende Psychotherapie stellt indes grundsätzlich keine konsequente Behandlung einer Depression dar (s. Urteil des Bundesgerichts 8C_71/2017 vom 20. April 2017 E. 8.2.2). Auch eine wirksame Medikation ist fraglich, erhielt die Beschwerdeführerin doch über Jahre hinweg nur Surmontil, wobei die Absetzung nach ihren eigenen Angaben zu keiner Verschlimmerung des Zustands führte. Diese insgesamt

wenig intensive Behandlung lässt an einer mittelgradigen depressiven Episode mit einem entsprechenden Leidensdruck zweifeln. Dr. med. J.____, welcher die Therapie übernahm und es bei Gesprächen alle zwei Wochen beliess (IV-Nr. 15 S. 3 Ziff. 1.1), sprach denn auch im Bericht vom 18. März 2021 vorbehaltlos von einer leichten depressiven Episode (IV-Nr. 15 S. 4), ohne eine Verbesserung gegenüber Januar 2021 zu erwähnen. In seinem Schreiben vom 24. November 2022, worin er zum B.____-Gutachten Stellung nahm, erklärte Dr. med. J.____ demgegenüber, es liege eine chronische mittelgradige depressive Episode vor (IV-Nr. 43 S. 15). Seine Kritik am Gutachten vermag aber nicht zu überzeugen. Erstens vergreift sich Dr. med. J.____ deutlich im Ton, was keinen vertrauenerweckenden Eindruck hinterlässt. So bezeichnet er die streitigen Feststellungen des psychiatrischen Experten als «aufgeblasene Frechheit», «arrogante Behauptung» sowie «willkürlich und dumm». Diese unsachliche Ausdrucksweise deutet darauf hin, dass es Dr. med. J.____ hier nicht um die Erhellung des Sachverhalts ging, vielmehr machte er sich ■ über das bei einem behandelnden Arzt zu erwartende Mass hinaus ■ zum Interessenwahrer seiner Patientin gegenüber der Invalidenversicherung (Urteil des Bundesgerichts 8C_143/2019 vom 21. August 2019 E. 4.4.1). Zweitens erklärt Dr. med. J.____ nicht, warum er im März 2021 noch von einer bloss leichten depressiven Episode ausgegangen war. Er macht namentlich nicht geltend, seither sei es zu einer Verschlechterung gekommen, wobei das Schreiben vom 24. November 2022 ohnehin keine Angaben zum aktuellen Psychostatus enthält, mit denen sich eine solche Entwicklung belegen liesse. Drittens schliesslich bringt Dr. med. J.____ inhaltlich einzig vor, er sehe die Beschwerdeführerin durchgehend seit dem 1. Februar 2021, weshalb nur er den durchschnittlichen Verlauf der letzten Monate kenne, während der Experte lediglich eine Momentaufnahme sehe. Wollte man dem folgen, so könnte ein Gutachten kaum je als Grundlage zur Beurteilung des Leistungsanspruchs dienen, sondern es müsste regelmässig auf die behandelnden Ärzte abgestellt werden, was den bundesgerichtlichen Regeln zur Beweiswürdigung (s. E. II. 2.4 hiervor) zuwiderliefe. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (Urteil des Bundesgerichts 8C_190/2022 vom 19. August 2022 E. 6.2.3). Die medizinische Folgenabschätzung weist notgedrungen eine hohe Variabilität auf und trägt unausweichlich Ermessenszüge. Die psychiatrische Exploration eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und rechtlich zu respektieren sind, sofern der Experte wie hier lege artis vorgegangen ist (BGE 145 V 361 E. 4.1.2 S. 365). Zu beweismässigen Weiterungen Anlass besteht nur, wenn die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind. Dies trifft hier indes nicht zu, so dass am psychiatrischen Teilgutachten festzuhalten ist.

3.3.3.2 Weiter bringt die Beschwerdeführerin vor, zur psychiatrischen Exploration existierten zwei Tonaufnahmen, weshalb unklar sei, ob die gesamte Untersuchung aufgezeichnet worden sei.

Die Tonaufnahme umfasst das gesamte Untersuchungsgespräch, welches aus der Anamneseerhebung und der Beschwerdeschilderung durch die versicherte Person besteht (Art. 7k Abs. 1 Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts /

ATSV, SR 830.11). Der Beginn und das Ende des Interviews sind sowohl von der versicherten Person als auch von der oder dem Sachverständigen mündlich unter Angabe der jeweiligen Uhrzeit am Anfang und am Ende der Tonaufnahme zu bestätigen. Dasselbe gilt bei Unterbrechungen der Tonaufnahme (Art. 7k Abs. 6 ATSV). Die Beschwerdeführerin hat dem Gericht zwei separate Aufnahmen zur psychiatrischen Begutachtung übermittelt. Die erste Aufnahme dauert lediglich 1:23 Minuten. Darin stellt der Experte die Uhrzeit und die anwesenden Personen fest, dann endet die Aufnahme. Die zweite Aufnahme dauert 2:19:10 Minuten und beinhaltet das Untersuchungsgespräch. Eine erneute Feststellung der Uhrzeit und der Anwesenden unterblieb, was gegen Art. 7k Abs. 6 ATSV verstösst. Damit stellt sich die Frage, ob dem psychiatrischen Teilgutachten der Beweiswert abzuspochen ist. Dies würde erhebliche Mängel voraussetzen (s. Marco Weiss in: Mitwirkungsrechte rund um Tonaufnahmen bei IV-Begutachtungen, SZS 4/2023 S. 215). Die Beschwerdeführerin legt indes nicht dar, welche wesentlichen Aussagen und Feststellungen auf der Tonaufnahme fehlen, obwohl sie dies hätte begründen müssen (vgl. dazu BVR 2024 S. 383 E. 7.5 S. 388; Weiss, a.a.O., S. 216). Der Experte spricht in der zweiten Aufnahme denn auch davon, dass er jetzt beginne, was nur so verstanden werden kann, dass kein Teil der Untersuchung fehlt. Der Mangel in der Aufzeichnung des Gesprächs ist daher nicht so gravierend, als dass er zur Unverwertbarkeit des psychiatrischen Teilgutachtens führen müsste. Die vorliegende Situation lässt sich nicht mit denjenigen Fällen gleichstellen, in denen gar keine Tonaufnahme vorhanden ist (s. dazu Urteil des Versicherungsgerichts Solothurn VSBES.2023.114 vom 9. Juli 2024 E. II. 5.4).

3.3.4 Beim neuropsychologischen Teilgutachten hält die Beschwerdeführerin dafür, die kognitiven Einschränkungen seien unvollständig erfasst worden. Da die Dolmetscherin nicht nur übersetzt, sondern sich auch in das Gespräch eingemischt habe, sei nicht auszuschliessen, dass bei einer korrekten Übersetzung valide Befunde hätten erhoben werden können. Dem kann jedoch nicht gefolgt werden. Einerseits vermutet die Beschwerdeführerin nur, dass das Verhalten der Dolmetscherin das Ergebnis der Begutachtung verfälscht habe; konkrete Beispiele für einen solchen Einfluss vermag sie nicht zu nennen. In diesem Zusammenhang ist wiederum darauf hinzuweisen, dass Verständigungsprobleme erheblich sein und die Substanz der Expertise betreffen müssen, um Zweifel an dieser zu erwecken (E. II. 3.3.2.2 hiervor). Andererseits kommt dem Explorationsgespräch hier keine so grosse Bedeutung wie bei einer psychiatrischen Begutachtung zu, stehen doch bei einer neuropsychologischen Untersuchung die verschiedenen Tests im Vordergrund. Diese ergaben zwar Einschränkungen, doch konnten diese Ergebnisse angesichts der standardisierten Validierungsverfahren und diverser Inkonsistenzen nicht validiert werden (E. II. 3.2.4 hiervor). Die Expertin begründet auf diese Weise plausibel, warum nicht auf die Ergebnisse der Tests abgestellt werden kann und damit eine Arbeitsunfähigkeit zufolge neuropsychologischer Einbussen nicht ausgewiesen ist. Ist aber das Leistungsverhalten der Beschwerdeführerin während der Testung fraglich, so käme allfälligen Verständigungsschwierigkeiten im Gespräch ohnehin kein grosses Gewicht zu.

3.4 Gestützt auf das beweiskräftige B. ___-Gutachten ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin, bezogen auf ihre bisherige Tätigkeit, seit Juli 2019 nie für längere Zeit zu mehr als 20 % arbeitsunfähig war (E. II. 3.2.1 in fine + 3.3.1.2 hiervor). Dies bedeutet, dass bis zur angefochtenen Verfügung nie während eines Jahres eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % bestand, womit kein Rentenanspruch entstehen

konnte. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin entspricht ihre bisherige Tätigkeit durchaus dem im Gutachten formulierten Zumutbarkeitsprofil, da sie wechselstellig ausgeübt wurde und nur selten schwerere Gewichte bewegt werden mussten (IV-Nr. 14 S. 4).

Im Übrigen würde sich auch dann nichts ändern, wenn man davon ausginge, dass die bisherige Arbeit nicht mehr ohne weiteres zumutbar sei. Da die Beschwerdeführerin ihre letzte Stelle wegen Arbeitsmangel und damit aus invaliditätsfremden Gründen verloren hat (E. II.

E. 4

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin. 2.2 Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 11. August 2023 auf eine Beschwerdeantwort und beantragt die Abweisung der Beschwerde (A.S. 25). 2.3 Der Vizepräsident des Versicherungsgerichts ediert am 27. März 2024 die Akten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt Suva zum Unfallereignis vom 10. Januar 2022 (A.S. 26). Nach dem Eingang dieser Akten teilt er den Parteien am 19. April 2024 mit, es sei vorgesehen, der Gutachterstelle B.____ den Bericht des Suva-Kreisarztes Dr. med. C.____ vom 6. Juni 2023 nebst der Original-Bildgebung (CT vom 30. Dezember 2021 und 23. Juni 2022 sowie MRT vom 9. Mai 2023) vorzulegen und der Gutachterin Dr. med. D.____ zwei Ergänzungsfragen zu unterbreiten (A.S. 28 f.). Während die Beschwerdegegnerin sich nicht vernehmen lässt (s. A.S. 34), reicht die Beschwerdeführerin eine Entbindung vom Arztgeheimnis ein, verzichtet aber auf Zusatzfragen oder Bemerkungen (s. A.S. 32 f.). Das Gericht ediert daraufhin am 17. Mai 2024 die erwähnte Bildgebung (A.S. 34 ff.) und verfügt am 17. Juni 2024 im Sinne der Ankündigung vom 19. April 2024 (A.S. 43 f.). Am 26. Juni 2024 gibt die Beschwerdeführerin weitere radiologische Aufnahmen zu den Akten (A.S. 46 f.), wobei diejenigen vom 13. Juli 2022 am 1. Juli 2024 an Dr. med. D.____ weitergeleitet werden (A.S. 50 f.). 2.4 Die Gutachterin Dr. med. D.____ beantwortet die Fragen des Gerichts am 2. und 11. Juli 2024 (A.S. 52 ff. / 55 f.). Sodann teilt der Vizepräsident den Parteien am 17. Juli 2024 mit, es werde beabsichtigt, das Beweisverfahren vor der beantragten öffentlichen Schlussverhandlung zu schliessen (A.S. 58 f.). Während die Beschwerdegegnerin innert Frist keine weiteren Beweismittel beibringt (s. A.S. 67), reicht die Beschwerdeführerin am 2. Oktober 2024 zwei Arztberichte ein und beantragt, die Tonaufnahmen zur Begutachtung bei der Gutachterstelle B.____ seien zu den Akten zu nehmen (A.S. 65 f.). Diese Aufnahmen werden mit Verfügung vom 4. Oktober 2024 eingeholt (A.S. 67 f.) und am 15. Oktober 2024 auf elektronischem Weg an die Beschwerdeführerin übermittelt (A.S. 69 f.), welche sich dazu am 5. November 2024 äussert (A.S. 72 f.). Die Beschwerdegegnerin erhält am 6. November 2024 Gelegenheit, bis 20. November 2024 allfällige Bemerkungen anzubringen (A.S. 74), lässt diese Frist aber ungenutzt verstreichen. Der Vizepräsident schliesst daraufhin am 24. Februar 2025 das Beweisverfahren (A.S. 75). 2.5 Am

E. 6

f.):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Im Rahmen der interdisziplinären Konsensbeurteilung gelangten die Sachverständigen zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht wegen des affektiven Leidens sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Montagemitarbeiterin als auch in einer angepassten Arbeit seit 31. Juli 2019 zu 20 % arbeitsunfähig sei. Die beklagten Rückenschmerzen seien kein Grund für eine andauernde Minderung der Arbeitsfähigkeit (S. 8).

3.2.2 Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, attestierte in seinem internistischen Teilgutachten sowohl als Betriebsmitarbeiterin als auch in einer angepassten Tätigkeit eine «gut erhaltene Restarbeitsfähigkeit» (S. 21). Dies wird von der Beschwerdeführerin nicht beanstandet, so dass sich Weiterungen erübrigen. Die eingereichte Ultraschalluntersuchung der Weichteile vom 20. Februar 2024 (s. A.S. 50) erfolgte nach dem Stichtag der angefochtenen Verfügung und ist daher nicht von Belang (s. dazu E. II. 1. hiervor), zumal die Beschwerdeführerin nicht darlegt, was sie daraus ableiten will.

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