

# **SO\_GERICHTE VSBES.2023.51 vom 13. November 2023**

SO Obergericht, 2023-11-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2023.51\\_d20231113](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.51_d20231113)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2023.51 du 13 novembre 2023

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2023.51 del 13 novembre 2023

## **Regeste**

berufliche Massnahmen und Invalidenrente

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Verfügung vom 25. Januar 2023 sei aufzuheben.

### **E. 2**

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine ganze Invalidenrente zu entrichten.

### **E. 3**

Eventualiter sei die Streitsache in Gutheissung der Beschwerde an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zwecks nochmaliger Initiierung einer Begutachtung unter Einbezug der Disziplinen Allgemeine Medizin, Neurologie, Neuropsychologie, Ophthalmologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Rheumatologie.

### **E. 4**

Bilaterales leichtgradiges Karpaltunnelsyndrom (ICD-10 G56.0)

### **E. 5**

Akzentuierte kombinierte ängstlich-vermeidende und histrionische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)

### **E. 6**

Presbyopie (ICD-10 H52.4) Weiter führten die Gutachter aus, bei der Beschwerdeführerin seien gemäss den Gutachtern die diagnostischen Kriterien einer leichten depressiven Episode erfüllt, gekennzeichnet durch depressive Stimmung mit verminderter Freude, Interessensverlust, aber auch durch erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, Insuffizienzgedanken und verminderten Appetit. Die Fähigkeit zur Freude, das Interesse und die Konzentration seien vermindert. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome sei eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen. Vorliegend bestehe eine leichte depressive Episode, was sich auch in der erreichten Punktzahl der Hamilton Depressionsskala (HAMD) vom 30. Juni 2020 zeige. Basierend auf selbst herbeigeführtem Erbrechen könne diagnostisch zudem die Diagnose einer atypischen Bulimia nervosa gestellt werden. Diskutiert worden sei psychiatrischerseits die Abgrenzung zu einer Bulimia nervosa. Letztere sei jedoch basierend auf den nicht vollständig erfüllten Kriterien (ständige Beschäftigung mit Essen, Wunsch nach Gewichtsreduktion) nicht gegeben. Die Explorandin benutze das Erbrechen vielmehr um Druck abzubauen. Daneben hätten ängstlichvermeidende und histrionische Persönlichkeitszüge nach dem

psychiatrischen Status bestätigt werden können (IV-Nr. 48.2 S. 5). Allgemeininternistisch habe ein Untergewicht diagnostiziert werden können, dies mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Folge der psychiatrischen Essstörung. Bei Klage über ein Fatigue Syndrom habe hieraus ein somatischer Teilaspekt erkannt werden können. Die in den Akten geklagten «Ganzkörperschmerzen» seien während des Begutachtungszyklus jedoch nicht mehr vorhanden gewesen. Neurologischerseits habe als Nebendiagnose ein bilaterales leichtgradiges sensibles Karpaltunnelsyndrom gefunden werden können, eine genuin neurologische Erklärung für ein Fatigue-Syndrom oder einen Ganzkörperschmerz habe sich nicht gefunden (IV-Nr. 48.2 S. 6). In der neuropsychologischen Untersuchung habe sich bei der Beschwerdeführerin in kognitiver Hinsicht eine normale Leistungsfähigkeit gezeigt. Testdiagnostisch seien das Denken, das Gedächtnis, die Aufmerksamkeit, die Exekutivfunktionen, die visuell-räumlichen und visuokonstruktiven Funktionen sowie die Sprache erhalten gewesen. Subjektive Einschränkungen der Konzentration hätten somit aus diesem Fachgebiet nicht erklärt werden können (IV-Nr. 48.2 S. 6). Rheumatologischerseits seien genuin rheumatologische Krankheitsbilder für die Erklärung eines Schmerzsyndroms geprüft, jedoch somatisch nicht gefunden worden. Die These der Beschwerdeführerin, die Schmerzen würden mit dem erniedrigten Serumkaliumwert zusammenhängen, sei medizinisch als möglich erachtet worden. Führendes Symptom einer Hypokaliämie sei jedoch vor allem eine Schwäche, nicht mit dem Leitsymptom «Schmerz» vergesellschaftet. Aufgrund des Verlaufs und fehlender alternativer Erklärung sei jedoch ein Zusammenhang möglich. Ein genuin rheumatologisch entzündliches Krankheitsbild, eine Fibromyalgie oder ein Hyperlaxitätssyndrom habe nicht gefunden werden können. Basierend auf der Angabe von Schmerzen an der Wirbelsäule sei ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts beschrieben worden. Die klinische Beschreibung sei jedoch der Schilderung der Beschwerdeführerin obliegen. Objektivierende Faktoren über die Angabe eines Druckschmerzes oder Kompressionsschmerz in Funktionsprüfung hinaus seien nicht zu finden gewesen. Die Schilderung sei jedoch als schlüssig beurteilt und in Prüfung der Kontextfaktoren als validiert angesehen worden (IV-Nr. 48.2 S. 6). Aus der Angabe einer verminderten Sehleistung sei zudem eine ophthalmologische Stellungnahme erfolgt: Aus der klinischen Untersuchung habe ein altersentsprechender Normalbefund erhoben werden können. Die subjektive Störung finde seine Erklärung in der altersbedingten Presbyopie. Passend dazu seien subjektiv für die Beschwerdeführerin die Beschwerden über die Verordnung einer Lesebrille adäquat behandelt worden (IV-Nr. 48.2 S. 6). In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass aufgrund der hergeleiteten Funktionsstörungen aus dem psychiatrischen und allgemeininternistischen Fachgebiet eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit formuliert worden sei. Psychiatrischerseits sei die Leistungseinschränkung auf 20 %, allgemeinmedizinisch auf 10 – 15 % geschätzt worden, dies jeweils bei einer vollen zumutbaren Anwesenheitszeit von

## **E. 6.6**

6.6.1 Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 48.7 S. 14 ff.) begründete der Gutachter die von ihm gestellten Diagnosen gestützt auf die erhobenen Befunde in nachvollziehbarer Weise: Bei der Beschwerdeführerin seien die diagnostischen Kriterien einer leichten depressiven Episode erfüllt, gekennzeichnet durch depressive Stimmung mit verminderter Freude, Interessensverlust, aber auch durch erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, Insuffizienzgedanken und gegenwärtig verminderten Appetit. Bei der typischen leichten, mittelgradigen oder schweren depressiven Episode leide die betroffene Person gemäss

ICD-10 unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zur Freude, das Interesse und die Konzentration seien vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit könne nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf sei meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen seien fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kämen Schuldgedanken oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändere sich von Tag zu Tag wenig, reagiere nicht auf Lebensumstände und könne von sogenannten «somatischen» Symptomen begleitet werden, wie Interessensverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung. Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome sei eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen. Vorliegend bestehe eine leichte depressive Episode, was sich auch in der erreichten Punktzahl der Hamilton Depressionsskala (HAMD) vom 30. Juni 2020 zeige. Im Rahmen der Depression könne es auch zu einer Somatisierung mit subjektiv verstärkten somatischen Beschwerden kommen. Die zusätzliche Diagnose einer somatoformen Störung könne nicht gestellt werden, die Beschwerdeführerin leide nicht unter diffusen, ausgeweiteten somatischen Beschwerden. Im Vordergrund stehe die affektive Symptomatik. Es stehe aber auch eine Bulimie nervosa im Vordergrund, gekennzeichnet durch wiederholtes selbstinduziertes Erbrechen in Belastungs- und Drucksituationen, zuweilen auch übermässige Nahrungsaufnahme (Essattacken). Typisch für diese Störung versuche die Beschwerdeführerin auch dem dickmachenden Effekt der Nahrung entgegenzuwirken, wenn sie jeweils erbreche und setze sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, deutlich unter dem als optimal oder «gesund» zu betrachtenden Gewicht. Der Body-Mass-Index entspreche einem Untergewicht (17.5 oder weniger). Im Untersuchungsgespräch habe sie deutlich angegeben, sich mit dem Gewicht von 45/46 kg bei einer Grösse von 168 cm wohl zu fühlen. Eine der wesentlichen psychopathologischen Auffälligkeiten bestehe in der krankhaften Furcht davor, dick zu werden. Hingegen sei eine andauernde Beschäftigung mit dem Essen, bei unwiderstehlicher Gier nach Nahrungsmitteln, aber Missbrauch von Abführmitteln oder anderen Medikamenten zur Gewichtsreduktion bei der Beschwerdeführerin nicht so deutlich ausgeprägt. Die Beschwerdeführerin benütze das Erbrechen vor allem zum Spannungsabbau (zur «Druckregulation», wie sie angegeben habe). Deshalb könne die Diagnose einer atypischen Bulimia nervosa gestellt werden, wenn auch atypische Bulimiker oft normal oder übergewichtig seien. Häufig hätten sich frühere Episoden oder verdeckte Formen mit mässigem Gewichtsverlust oder einer vorübergehenden Amenorrhoe nachweisen lassen. Die Beschwerdeführerin habe Durchfall und Erbrechen bereits im Kindesalter angegeben. Es bestünden etwas akzentuierte, ängstlich vermeidende (selbstunsichere), aber auch dramatisierende (histrionische) Persönlichkeitszüge. Die Achse-II-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung könne aber nicht gestellt werden. Dagegen spreche vor allem auch der Längsverlauf mit sonst normaler Sozialisation und insbesondere abgeschlossenen beruflichen Ausbildungen. Einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit wirkten sich hier die Depression und die atypische Bulimia nervosa gleichermaßen aus, dies aufgrund der durch die Depression bedingten erhöhten Ermüdbarkeit und dem durch die atypische Bulimia nervosa bedingten vermehrten Zeitbedarf (IV-Nr. 48.7 S. 32 f.). 6.6.2 Sodann führte der psychiatrische Gutachter hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus, aufgrund der leichten Depression und der atypischen Bulimia nervosa bestünden bei einer Arbeit eine erhöhte Ermüdbarkeit bzw. ein vermehrter Zeitbedarf mit einer Leistungseinschränkung von 20 %

in jeglicher Tätigkeit. Von dieser Arbeitsfähigkeit könne auch gemittelt im Verlauf ausgegangen werden, seitdem in den Akten fachärztliche psychiatrische Arbeitsunfähigkeit aufgeführt worden sei (IV-Nr. 48.7 S. 38 f.). Somit ist im Weiteren zu prüfen, ob die vom psychiatrischen Gutachter attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung ebenfalls zu überzeugen vermag. Grundsätzlich sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418). Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss dem Urteil BGE 141 V 281 soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern – wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung – besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich kann auf die gutachterlichen Ausführungen (E. II. 6.6.1 hiervor) verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass insgesamt von einer leichtgradigen Ausprägung der gestellten Diagnosen auszugehen ist. Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, es bestehe eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, auch mit psychopharmakologischer Medikation. Die Medikamentenspiegel wiesen darauf hin, dass die Medikation eingenommen werde. Antidepressiva aus der Gruppe der SSRI stellten im Falle einer psychopharmakologischen Behandlung hier die Therapie der 1. Wahl dar. Fluoxetin (60 mg/d) sei am besten evaluiert. Topiramamat (75 – 200 mg) sei bei atypischer Bulimia nervosa wirksam und gut verträglich. Auch Trazodon zeige einen positiven Effekt und könne sich in retardierter Form und in ausreichender Dosierung günstig auf die Schlafstörungen auswirken, sodass die Beschwerdeführerin in der Nacht besser schlafen könnte und am Tag nicht so müde wäre (sofern sie eine deutliche Müdigkeit verspüre). Auch Trimipramin in Tropfenform könnte hilfreich sein, vor allem, wenn eine Gewichtszunahme beabsichtigt wäre; dieses Medikament könne bei allfälligen Schlafstörungen auch niedrig dosiert eingenommen werden, sodass es nicht zu Nebenwirkungen, wie zu starker Sedierung, kommen müsse. Die Behandlung müsse aber immer individuell abgestimmt werden und

sollte nur im Rahmen des Gesamtbehandlungsplanes zusammen mit der psychotherapeutischen Intervention erfolgen. Es sei nun auch eine stationäre psychiatrische Behandlung vorgesehen worden, die im weiteren Verlauf erfolgt sei. Die Prognose für eine Steigerung des Arbeitspensums sei aufgrund des chronischen Verlaufs und der doch deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung ungewiss. Berufliche Massnahmen seien nicht zu empfehlen, die Beschwerdeführerin habe bereits einen Beruf und arbeite auch, wenn auch deutlich eingeschränkt (IV-Nr. 48.7 S. 34 f.). Diese gutachterlichen Ausführungen deuten in dem Sinne auf eine Behandlungs- und Eingliederungsresistenz hin, als eine vollständige Beschwerdefreiheit zurzeit nicht als erreichbar erscheint. Nachdem dies, wie vom Gutachter nachvollziehbar dargelegt wurde, aber auch auf die subjektive Krankheitsüberzeugung der Beschwerdeführerin zurückzuführen ist, sind diese Aspekte teilweise invaliditätsfremd, womit bei der Indikatorenprüfung nicht von einer vollständigen Behandlungs- und Eingliederungsresistenz auszugehen ist. 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 strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, 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 am Ende S. 430). Im Gutachten wird eine ressourcenhemmende Wirkung der verschiedenen Diagnosen beschrieben und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt. In der Gesamtbeurteilung wurde festgehalten, dass die Depression in Wechselwirkung mit der atypischen Bulimia nervosa auftrete, sodass sich die Symptomatik auch in der Verstimmung, Ermüdbarkeit und den verminderten Appetit überschneide. Es ist demnach davon auszugehen, dass sich die somatischen Gesundheitsprobleme, aufgrund deren die Beschwerdeführerin in jeglicher Tätigkeit zu 10 bis 15 % eingeschränkt ist, im Rahmen der psychiatrischen Diagnosen ressourcenhemmend auswirken. Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) 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 S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Diesbezüglich ist dem Gutachten zu entnehmen, die Beschwerdeführerin wohne in einer 3-Zimmer-Mietwohnung und habe einen Hund. Sie habe einen Partner, mit dem sie aber nicht zusammengewohnt habe. Finanziell lebe sie von ihrem Einkommen. Sie arbeite zu 30 % als Kosmetikerin in ihrem

eigenen Geschäft. Das Geld sei knapp, sie sei sehr sparsam. Die Tante bringe zum Teil Gemüse aus dem Garten, auch beim Partner im Garten pflanze man Gemüse an. Finanzielle Schulden habe sie nicht. Auf die Frage nach Kontakten habe die Beschwerdeführerin gesagt, dass sie nur zur Tante mütterlicherseits und zu ihrem Partner Kontakte habe. Der Partner sei aber auch noch nie zu ihr nach Hause gekommen und habe schon gar nicht bei ihr übernachtet, sie gehe stets zu ihm und übernachtete auch bei ihm, da sie ihn ja sehen wolle. Das Verhalten ihres Partners habe sicher auch einen Einfluss, dass es ihr so schlecht gehe, wie sie angefügt habe. Sie hoffe nun aber, dass sie in der Klinik jemanden kennenlerne, um wieder eine Kollegin oder Freundin zu haben. Die Beschwerdeführerin stehe um 06:30 Uhr auf, wenn sie um 09:00 Uhr arbeite, sonst um 07:00 Uhr. Sie begrüße den Hund, gehe ins Bad. Dann gehe sie in die Küche und füttere den Hund. Danach mache sie sich zurecht und trinke ihren Morgentee. Mit dem Hund gehe sie spazieren, auf dem Weg zur Arbeit benutze sie das Auto. Es falle ihr schwer, ihre Haare hübsch zu machen, sich zu schminken, da sie oft keine Zeit dazu finde oder einfach zu erschöpft sei. Auf die Frage, ob es Menschen gebe, die deswegen reklamierten, habe sie dies klar verneint und gesagt, dass die Körperpflege aus ihrer eigenen Sicht nachgelassen habe. Ihre Konzentration sei schlecht, sie könne den Bedürfnissen der Kundinnen nicht entsprechen. Auf die Frage, ob es Reklamationen gebe oder Kunden sie verlassen hätten, habe sie dies auch klar verneint und gesagt, dass sie keine unzufriedenen Kundinnen habe. Sie höre aber von den Kundinnen, dass sie wieder einmal Ferien nehmen solle. Die Kundinnen würden sagen, dass sie runtergekämpft aussehe, sie sähen es an ihren Augenringen, am leeren Blick, an den Fingernägeln. Auf die Frage nach Freizeitbeschäftigungen habe sie gesagt, dass sie schon ein Hobby habe, nämlich das Tanzen. Sie habe bis zum 20. Lebensjahr Ballett getanzt und sei danach immer wieder ganze Abende tanzen gegangen. Ihr Partner unternehme aber gar nichts mit ihr. Anfangs sei man noch in den Ausgang gegangen. Der Mann sei seit zehn bis elf Jahren krank. In den Ferien gewesen sei sie letztmals im Jahr 2017 in Österreich, zusammen mit dem Partner, was gar nicht schön gewesen sei. Sie wolle eben aktiv sein, der Partner sei inaktiv. Auf die Frage, ob sie auch gerne lese, habe sie dies bestätigt, aber erklärt, dass es etwas Packendes sein müsse, wie letztmals vor fünfzehn Jahren das Buch «Der Hundertjährige, der aus dem Fenster stieg und verschwand» und nicht wie das Buch von Michelle Obama, das sie nun habe lesen wollen, aber für sie gar nicht so spannend sei. Sie lese aber viel Fachliteratur. Sie sei wiss- und lernbegierig, jetzt könne sie aber einfach nicht mehr, vor allem nicht mehr als in ihrem gegenwärtigen Pensum arbeiten. Auf die Frage nach den Haushaltsarbeiten habe die Beschwerdeführerin gesagt, dass sie alle Haushaltsarbeiten selber erledige. Auch in ihrem Geschäft mache sie alles selber. Die Rechnungen zahle sie selber. Die Buchhaltung erledige der Partner für sie. Sie fahre gerne auch selber Auto mit normalem Schaltgetriebe. Die öffentlichen Verkehrsmittel benutze sie praktisch nicht, da dies für sie nicht ideal sei. Sie sei auch mit dem Velo unterwegs (IV-Nr. 48.7 S. 22 ff.). Demnach liegen bei der Beschwerdeführerin neben gewissen Einschränkungen überwiegend positive soziale und persönliche Ressourcen vor. Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermaßen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Diesbezüglich ist auf das vorgehend unter der Kategorie «funktioneller Schweregrad» Gesagte zu verweisen. Daraus sind zwar gewisse

Einschränkungen ersichtlich, das Vorliegen einer ausgeprägten gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus ist jedoch nicht gegeben. Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich kann auf das vorgehend in der Kategorie «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» Gesagte verwiesen werden, weshalb diesbezüglich von einem leicht- bis mittelgradigen Leidensdruck auszugehen ist.

6.6.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen damit als erstellt. Gestützt auf die einleuchtende Begründung der Diagnosestellung (s. E. II. 6.6.1 hiavor) und die vorstehende Indikatorenprüfung vermag auch die gutachterliche Einschätzung einer 20%igen Einschränkung zu überzeugen. Ebenso ist die im psychiatrischen Teilgutachten vorgenommene Verlaufsbeurteilung nachvollziehbar, dass von dieser Arbeitsfähigkeit auch gemittelt im Verlauf ausgegangen werden könne, seitdem in den Akten fachärztliche psychiatrische Befunde vorlägen. Am Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens vermögen sodann auch die Rügen der Beschwerdeführerin sowie die dem Teilgutachten entgegenstehende Berichte des behandelnden Arztes Dr. med. F.\_\_\_\_ nichts zu ändern. Bereits in seinem Gutachten und danach auch in seiner Stellungnahme vom 20. Mai 2021 (vgl. E. II. 5.4 hiavor) legte der psychiatrische Gutachter Dr. med. J.\_\_\_\_ einleuchtend dar, dass die vom behandelnden Psychiater statuierte Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % nicht nachvollziehbar sei. Dies, da aktuell keine mittelgradige depressive Episode vorliege. Des Weiteren zeige die Beschwerdeführerin aber auch in ihrer Alltagsgestaltung und den Aktivitäten sowie in den Interessen keine Einschränkungen, welche eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen würden. Dies deckt sich denn auch mit den Resultaten der vorstehend durchgeführten Indikatorenprüfung (s. E. II. 6.6.2 hiavor). Bei einer psychiatrischen Exploration ist nach der Rechtsprechung zudem zu beachten, dass diese von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen Spielraum für verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen, was zulässig und zu respektieren ist, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Daher kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_292/2018 vom 15. Januar 2019 E. 5.2.2.2, 9C\_363/2018 vom 10. Oktober 2018 E.4.2.3, 9C\_4/2015 vom 5. Mai 2015 E. 3.2). Sodann ist in diesem Zusammenhang der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353), weshalb die Berichte der behandelnden Ärzte auch unter diesem Gesichtspunkt nur begrenzt beweiskräftig sind und somit den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht zu vermindern vermögen. Indem die Beschwerdeführerin vorbringt, der psychiatrische Gutachter führe aus, dass sie

an verminderter Freude, Interessensverlust, erhöhter Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, Insuffizienzgedanken und vermindertem Appetit leide und somit sechs Kriterien bejahe, weshalb er klarerweise die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode stellen müsste, vermag dies die diagnostische Einordnung der depressiven Störung im Gutachten nicht stichhaltig in Frage zu stellen. Die Bezeichnung einer depressiven Episode als leicht, mittelgradig oder schwer hängt nicht nur von der Anzahl der Symptome ab, sondern es kommt für die Beurteilung des Schweregrades (auch) auf die Ausprägung der Symptome an (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_302/2018 vom 12. Juli 2018 E. 4.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.). Sodann vermag eine fehlende Fremdanamnese (vgl. Beschwerde S. 10 f.; A.S. 14 f.) den Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens nicht zu schmälern. So ist es dem Gutachter überlassen, welche zusätzlichen Abklärungen er als notwendig erachtet. Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, dem Bericht des I. \_\_\_ vom 25. Juni 2021 könne entnommen werden, dass zudem eine schwergradige Insomnie diagnostiziert worden sei, so ist sie darauf hinzuweisen, dass diese Diagnose in einem späteren Bericht des H. \_\_\_ vom 20. Oktober 2022 nicht mehr bestätigt werden konnte (vgl. E. II. 5.6 hiervor). Der Beweiswert des Gutachtens wird durch den im Vorbescheidverfahren eingereichten Arztbericht des H. \_\_\_ vom 20. Oktober 2022 (IV-Nr. 90) ebenfalls nicht in Frage gestellt. So wird in diesem im Wesentlichen darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin vom 30. August 2022 bis 20. Oktober 2022 aufgrund einer gegenwärtig schweren Episode der rezidivierenden depressiven Störung in stationärer Behandlung war. Eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist diesem Bericht indes nicht zu entnehmen. Vielmehr konnte die Beschwerdeführerin die Klinik in einem deutlich verbesserten Zustand verlassen und es wurde ihr der schrittweise Wiedereinstieg mit einem anfänglichen Pensum von 20 % empfohlen. 6.7 Gestützt auf die beweiswertigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung im Gutachten der B. \_\_\_ zu überzeugen, wonach die Beschwerdeführerin aus interdisziplinärer Sicht in jeglicher Tätigkeit zu 25 – 30 % in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Diese Beurteilung resultiert gemäss interdisziplinärer Beurteilung aus einer Teiladdition der somatischen und psychiatrischen Diagnosen, wobei die somatischen Einschränkungen primär aus den psychiatrischen Diagnosen resultieren und somit eher subsidiär sind (vgl. IV-Nr. 48.2 S. 9 f.). Von weiteren Abklärungen sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abgesehen wird. Im Übrigen wurden die Stellungnahmen bei den B. \_\_\_-Gutachtern durch die Beschwerdegegnerin – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin – nicht deshalb eingeholt, um die Schlüssigkeit des Gutachtens zu überprüfen. Dementsprechend war es der Beschwerdegegnerin nicht verboten, bei den Gutachtern eine Stellungnahme einzuholen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_273/2009 vom 14. September 2009, E 3.4). Zudem haben sich die Ausführungen der Gutachter darauf beschränkt, Erläuterungen und Erklärungen zu den im Gutachten dargelegten Schlüssen abzugeben. 7. Da die Beschwerdeführerin, wie vorerwähnt, in jeglicher Tätigkeit zu höchstens 25 bis 30 % eingeschränkt ist, erübrigt es sich, zur Feststellung des Invaliditätsgrades einen Einkommensvergleich mit genauer Ermittlung des Validen- und Invalideneinkommens durchzuführen. Der Invaliditätsgrad entspricht vielmehr dem Grad der Arbeitsunfähigkeit von 25 bis 30 %. Damit besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente der Beschwerdegegnerin (vgl. E. II. 2.2 hiervor). 8. Nach dem Dargelegten ist die vorliegend angefochtene Verfügung vom 25. Januar 2023 nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

## E. 8

Stunden pro Tag. Mit unsicherer Ausgestaltung könnte eine vorübergehende somatisch rheumatologisch begründbare Teilarbeitsunfähigkeit vorgelegen haben. Dies sei jedoch aus den Akten und im Hinblick auf die aktuellen Befunde und Untersuchungsergebnisse nicht mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit herleitbar gewesen. Zum Verlauf dieser Einschränkung sei psychiatrischerseits gemittelt im Verlauf seit der fachärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit ausgegangen, d.h. seit April 2018 (analog dem Arztbericht vom 13. November 2018, Dr. med. E.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie, an die Beschwerdeführerin; vgl. IV-Nr. 15). Da sich die funktionellen Auswirkungen aus allgemeininternistischer Sicht mit der psychiatrischen Pathologie überschneiden, sei anzunehmen, dass die Überwindbarkeit funktioneller Defizite mit Beginn der psychiatrischen Behandlung nicht mehr gegeben gewesen sei. Die Einschränkungen gälten daher gesamtmedizinisch ab April 2018 Störungen der Konzentration, des Interesses und eine erhöhte Müdigkeit sowie ein daraus resultierender vermehrter Zeitbedarf seien durch Anpassung der Arbeitsumgebung neben der angestammten Tätigkeit auch in medizintheoretisch jeder weiteren Tätigkeit gegeben. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sei daher analog zur angestammten Tätigkeit als eingeschränkt angesehen worden. Durch eine Anpassung der Arbeitsumgebung seien aus Sicht der Gutachter die Störungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht verbesserbar gewesen. Die getroffenen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit und die getroffenen Aussagen zum Verlauf würden daher analog gelten. Aufgrund der substantiellen Überlappung der psychischen und allgemeininternistischen Diagnosen (im Hinblick auf weiche Faktoren, wie namentlich Erschöpfung und Kraftlosigkeit) und, weil die somatischen Einschränkungen primär aus den psychiatrischen Diagnosen resultierten und somit per se eher subsidiär seien, sei lediglich eine Teiladdition in einer gesamtmedizinischen Betrachtung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sinnvoll. Gesamtmedizinisch ergebe sich somit ein reduziertes Rendement von etwa 25 – 30 % bei einer zeitlich vollen Arbeitsfähigkeit. Diese Einschränkung gelte ab April 2018 bis fortlaufend (IV-Nr. 48.2 S. 9 f.).

5.2 Am 3. März 2021 erging die Stellungnahme von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und M.Sc. G.\_\_\_\_, Eidg. anerkannte Psychotherapeutin, von der C.\_\_\_\_ zum polydisziplinären Gutachten der B.\_\_\_\_ (IV-Nr. 54). Es wurde dargelegt, dass sie mit der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht einverstanden seien. So sei unter anderem eine rezidivierende depressive Störung, aktuell leichte Episode (ICD-10: F33.0) diagnostiziert worden. Mit der Diagnose seien sie grundsätzlich einverstanden, allerdings nicht mit dem Schweregrad der Ausprägung. Das klinische Bild, das die Beschwerdeführerin seit der nun über einem Jahr andauernden Therapie angebe, spreche nicht nur für eine leichte Episode. Für die Beschwerdeführerin bedeute es täglich einen enormen Kraftaufwand, den Tag zu meistern. Das Aufrechterhalten der Arbeit sei ihr oberstes Ziel, für das sie viele Verluste in Kauf nehme und regelmässig über ihre Grenzen hinausgehe. Ihr oberstes Ziel sei das Aufrechterhalten der Fassade und der Arbeitstätigkeit als selbstständige Kosmetikerin. Dies seien ihr Lebenssinn und -inhalt. Aufgrund der persönlichen Vorgeschichte sei es ihr beinahe unmöglich, ihrem Gegenüber zu zeigen, wie schlecht es ihr gehe, da dies Schwäche bedeuten würde. Sie gingen davon aus, dass dieser Wesenszug bei der Begutachtung negativ zum Tragen gekommen sei und die Einschränkungen nicht vollumfänglich hätten festgehalten werden können. Trotz der starken Anstrengungen gelinge es ihr oft nicht, das von ihr angestrebte nun noch sehr niedrige Pensum aufrechtzuerhalten und sie müsse immer wieder Termine absagen

aufgrund ihrer schlechten Psychopathologie. Soziale Kontakte pflege sie keine, auch wenn es ein grosser Wunsch von ihr wäre. Dafür fehle ihr aktuell die Kraft und das Selbstvertrauen. Aufgrund der Anzahl Symptome (fett markiert) und dem hohen Leidensdruck, den sie nun schon lange beobachteten, gingen sie eher von einer mindestens mittelgradigen depressiven Episode aus. Sie würden versuchen, eine neue wirksame Medikation zu etablieren und seien noch im Findungsprozess. Es habe sich z.B. unter Paroxetin eine eindruckliche Verbesserung des Zustandes gezeigt, insbesondere der Konzentrationsstörungen und des Antriebs. Allerdings sei es auch zu nicht vertretbaren Nebenwirkungen gekommen, weshalb der Versuch habe abgebrochen werden müssen. Diese Erkenntnis lasse darauf schliessen, dass es sich nicht einfach um eine einfache depressive Episode handle, bei der Medikamente keinen massiven Einfluss auf die Psychopathologie hätten. Aktuell (seit einigen Wochen) bestehe auch ein starker passiver Todeswunsch aufgrund der Erschöpfung. Auch könne sie die Körperpflege nicht mehr betreiben, sei zu schwach dafür. Somit schätzten sie die Tendenz eher zur Verschlechterung ein. Seit der Begutachtung sei es generell zu einer weiteren Verschlechterung der Psychopathologie gekommen. Auch habe die Erschöpfung massiv zugenommen, sie schlafe regelmässig ein, wenn sie sich ruhig verhalte und lasse sich schlecht wecken. Sie könne gut zwölf Stunden am Stück schlafen und sei dann nicht erholt. Seit Anfang 2021 könne die Beschwerdeführerin unter hohem Kraftaufwand nur noch 20 % arbeiten. Sie spreche von Null Lebensqualität. Während der gesamten Behandlungsdauer (seit Februar 2020) hätten sie Arbeitsunfähigkeitszeugnisse von 70 % ausgestellt, ab März 2021 nun 80 %. Mit der Diagnose «Atypische Bulimia Nervosa» (ICD-10: F53.0) seien sie ebenfalls nicht einverstanden. Die Beschwerdeführerin mache sich sehr wohl starke Gedanken um ihr Gewicht (anders als im Gutachten festgehalten worden sei). So habe eine Gewichtszunahme von 2 kg im Rahmen eines Medikamentenversuchs heftige Reaktionen hervorgerufen. Eine permanente Zunahme wäre für sie nicht vertretbar gewesen, auch wenn das Medikament keine weiteren Nebenwirkungen gehabt hätte. Auch beschäftige sie sich stark mit Essen, insbesondere in «schlimmen» Phasen, in denen es zu vielen Essattacken komme. Dabei sei sie gedanklich quasi den ganzen Tag mit der Essensbeschaffung und dem Essen und Erbrechen beschäftigt. Differenzialdiagnostisch wäre es sicherlich nicht falsch, von einer Anorexia nervosa, bulimischer Typ (F50.01) zu sprechen, zumal auch Untergewicht bestehe, was das Hauptunterscheidungsmerkmal zu Bulimia Nervosa darstelle. Auch hier sei es zu einer Verschlechterung der Symptomatik seit der Begutachtung gekommen. Aktuell müsse sie sich nach jedem Essen übergeben, egal wie viel sie gegessen habe. Sie zögere deshalb die Nahrungsaufnahme lange hinaus, um sich nicht übergeben zu müssen und danach eine Stunde Erholungszeit zu benötigen. Sodann sei auf Seite 10, Punkt 4.10, Medizinische Massnahmen, festgehalten worden, dass die Arbeitsfähigkeit noch einmal geprüft werden sollte, falls sich eine andere Diagnose als ein Reizdarm ergeben sollte. Es habe sich eine andere Diagnose ergeben, nämlich «ein sehr erheblicher innerer, vor allem anteriorer Rectumprolaps, der zu einer Rectumentleerungsstörung führen könne. Die Beschwerden der Beschwerdeführerin wären hiermit sehr gut vereinbar. Dies vor allem, wenn eine mikroskopische Enterocolitis ausgeschlossen sei. Die Behandlung dieser Beschwerden sei eher langwierig.» (zitiert aus Miller, 27. November 2020, IV-Nr. 54 S. 4 f.). Somit könnte sich nun eine neue Situation betreffend Arbeitsfähigkeit präsentieren. Auch hier seien diese neuen Erkenntnisse bei der Prüfung zu berücksichtigen/die Arbeitsfähigkeit neu einzuschätzen. Im Gesamtbild würden sich aufgrund der psychiatrischen Befunde und dem klinischen Bild eine weitaus höhere Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit und der Lebensqualität ergeben als im Gutachten beschrieben. Sie gingen von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % aus, Tendenz höhere Einschränkung. Grundsätzlich seien sie mit den gestellten psychiatrischen Diagnosen einverstanden, nicht jedoch mit der Ausprägung und Schwere, die festgestellt worden seien. Die Summe der gesundheitlichen Probleme und der Persönlichkeitsprobleme hätten aus ihrer Sicht einen Krankheitswert, der eine Einschränkung bewirke, welche deutlich über die festgestellte Einschränkung von 20 % hinausgehe. 5.3 Am 15. April 2021 erging der Bericht des H.\_\_\_\_ (IV-Nr. 63 S. 12 ff.). Diesem Bericht lassen sich die folgenden Diagnosen entnehmen: 1. F32.2 Schwere depressive Episode DD: schweres Erschöpfungssyndrom 2. F51.0 Schwergradige nichtorganische Insomnie 3. F50.01 Anorexia nervosa, bulimischer Typ (aktenanamnestisch) Phänomenologisch stünden die schwere Erschöpfung, Kraft- und Energielosigkeit, Freudlosigkeit, Gedankenkreisen, sozialer Rückzug, geringe Selbstfürsorge und ausgeprägte Schlafstörungen im Vordergrund des Zustandsbildes. Diagnostisch handle es sich aufgrund des klinischen Befundes, der psychiatrischen Anamnese, der Schlafanamnese sowie der psychosozialen Begleitumstände am ehesten um eine schwere depressive Episode (differentialdiagnostisch schweres chronisches Erschöpfungssyndrom) sowie um eine nicht-organische Insomnie. Inwiefern die Erschöpfung und schlechte Schlafqualität mit einer organischen Ursache im Zusammenhang stünden, könne erst nach einer fundierten schlafmedizinischen Untersuchung beantwortet werden. Im Hintergrund liege eine Anorexie vom bulimischen Typ (offenbar zu Spannungsregulation) vor, die während des stationären Aufenthaltes in der Klinik nicht primär behandelt werde. Aus ihrer Sicht sei ein stationärer psychiatrischer Aufenthalt mit Schwerpunkt Stressmanagement- und Selbstfürsorgetraining sowie regenerierenden Therapien in jedem Fall indiziert, da das ambulante Setting als momentan ausgeschöpft sei und die Beschwerdeführerin ein integratives und intensiv therapeutisches Setting benötige, um Energiereserven aufzubauen und alternative Bewältigungsmechanismen zu erlernen. Aufgrund der erhobenen Schlafanamnese würden sich deutliche Hinweise auf eine nichtorganische Insomnie knapp schwergradigen Ausmaßes ergeben. Eine polysomnografische Untersuchung habe bereits vor ein paar Jahren stattfinden sollen (Überweisung an eine Neurologin und ein Spitalaufenthalt seien erfolgt), die Untersuchung habe dann aber nicht stattgefunden. Daher werde eine polysomnografische Untersuchung vor stationären Behandlungsbeginn für indiziert erachtet, um die Ergebnisse in die stationäre Therapie mitaufnehmen zu können. Dem Bericht Schlafmedizin des I.\_\_\_\_ vom 25. Juni 2021 ist zu entnehmen, dass die in der Zwischenzeit durchgeführte Polysomnografie eine leichte obstruktive Schlafapnoe mit einem AHI von 12/h zeige. Die durchschnittliche Sauerstoffsättigung liege bei 95 %, minimal 84 %. Es handle sich um hauptsächlich obstruktive Hypopnoen. Der Index der Beinbewegungen sei mit 9/h ebenfalls leicht erhöht. Auffallend sei vor allem der Index autonomer Weckreaktionen mit 37/h. Als Hauptbefund zeige sich ein deutlich erhöhter Index autonomer Weckreaktionen, passend zur Insomnie. 5.4 Am 20. Mai 2021 nahm der psychiatrische B.\_\_\_\_-Gutachter Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Stellung zum Bericht der C.\_\_\_\_ vom 3. März 2021 (s. E. II. 5.2 hiervor). Dr. med. J.\_\_\_\_ führte aus, Dr. med. F.\_\_\_\_ schreibe, dass er grundsätzlich mit der Diagnose einer leichten Episode bei einer rezidivierenden depressiven Störung einverstanden sei, dass aber das klinische Bild der Beschwerdeführerin seit der nun über einem Jahr andauernden Therapie nicht nur für eine leichte Episode spreche. Dies sei widersprüchlich. Die Diagnose einer leichten depressiven Episode bei einer rezidivierenden

depressiven Störung sei im Gutachten begründet worden. Ferner schreibe Dr. med. F.\_\_\_\_, dass die Beschwerdeführerin täglich eine enorme Kraftaufwendung aufbringen müsse. Dabei könne es sich aber auch um die subjektive Selbsteinschätzung handeln, jedenfalls beschreibe Dr. med. F.\_\_\_\_ lediglich, was der Beschwerdeführerin nicht mehr möglich sei, auf das, was ihr hingegen noch möglich sei bzw. das positive Leistungsprofil, gehe er nicht ein, könne sich der Diagnose atypische Bulimie nervosa nicht anschliessen und meine, dass eine Anorexie mit aktiven Massnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen Abführen, etc.) unter Umständen in Verbindung mit Heisshungerattacken eine sogenannte bulimische Form der Anorexie bestehe. Bei der Beschwerdeführerin sei aber die Körperschemastörung für die Diagnose einer Anorexia nervosa bzw. einer bulimischen Form der Anorexie nicht deutlich ausgeprägt, vielmehr habe sie im Untersuchungsgespräch deutlich angegeben, das Erbrechen vor allem zum Spannungsabbau (zur "Druckregulation", wie sie angegeben habe) zu benützen. Schliesslich nehme Dr. med. F.\_\_\_\_ zur somatischen Beurteilung Stellung als Psychiater, indem er festhalte, dass sich eine andere Diagnose als die eines Reizdarms ergeben habe, nämlich "ein sehr erheblicher innerer, vor allem anteriorer Rektumprolaps, der zu einer Rektumentleerungsstörung führen kann". Die Beschwerden der Beschwerdeführerin seien damit sehr gut vereinbar. Die Behandlung dieser Beschwerden sei eher langwierig. Somit könnte nun eine neue Situation betreffend die Arbeitsfähigkeit bestehen. Die somatische Beurteilung dürfe aber in die psychiatrische Beurteilung nicht einfließen im Rahmen einer versicherungsmedizinischen Beurteilung. Dr. med. F.\_\_\_\_ gehe von einer mindestens 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht aus. Er halte aber fest, dass er grundsätzlich mit den gestellten psychiatrischen Diagnosen einverstanden sei, gleichzeitig schreibe er aber auch, dass er mit der Ausprägung und Schwere nicht einverstanden sei. Eine leichte depressive Episode bei einer rezidivierenden depressiven Störung könne kaum eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit begründen. Somit müsse sich vor allem die Essstörung deutlich verschlechtert haben gegenüber dem Zeitpunkt der Begutachtung, um der 50%igen Arbeitsunfähigkeit folgen zu können. Dr. med. F.\_\_\_\_ halte zur Essstörung fest, dass sich die Beschwerdeführerin den ganzen Tag mit der Essensbeschaffung, dem Essen und Erbrechen beschäftige, es sei zu einer Verschlechterung der Symptomatik gekommen seit der Begutachtung, aktuell müsse sie sich nach jedem Essen übergeben, egal, wieviel sie gegessen habe. Die Angaben von Dr. med. F.\_\_\_\_ seien widersprüchlich. Einerseits schreibe er, dass er sich der diagnostischen Beurteilung im Gutachten anschliesse, andererseits mache er eine deutliche Verschlechterung geltend, die schwer nachvollzogen werden könne, insbesondere auch, da sich die Beschwerdeführerin alleine um ihren Haushalt kümmere und auch um ihren Hund. Sie arbeite aber auch selbständig in ihrem Geschäft als eidgenössisch diplomierte Medizinische Kosmetikerin, sie fahre auch selber Auto und sei auch mit dem Velo unterwegs, zumindest habe sie dies im Untersuchungsgespräch so angegeben. Dr. med. F.\_\_\_\_ schreibe nicht, was denn nun mit ihrem Hund passiert sei, seit sie so gar keinen Antrieb mehr habe, sich praktisch nur noch mit dem Essen und Erbrechen beschäftige und quasi dauernd schlafe vor Erschöpfung. Eine Verschlechterung aus psychiatrischer Sicht sei zwar nicht gänzlich ausgeschlossen, auf die Beurteilung von Dr. med. F.\_\_\_\_ könne aber nicht abgestützt werden, am psychiatrischen Teilgutachten werde deshalb weiterhin festgehalten. 5.5 Zu den Einwänden der Beschwerdeführerin im Vorbescheidverfahren (vgl. IV-Nr. 73) liess die Beschwerdegegnerin die Gutachterstelle B.\_\_\_\_ erneut Stellung nehmen. Diese Stellungnahme erging am 10. Mai 2022 (IV-Nr. 87). Die Gutachter hielten darin fest, zum internistischen Gutachten werde angeführt, dass die somatische Situation

ungenügend abgeklärt worden sei. Es werde unter anderem angeführt, dass eine Koloskopie empfohlen werde. Leider könnten in einem Gutachten naturgemäss keine invasiven Abklärungen durchgeführt werden. Im Sinne der Beschwerdeführerin sei daher eine Abklärung empfohlen worden. Im Hinblick auf das Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit sei jedoch rein aufgrund der Angabe von Stuhlunregelmässigkeiten keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen. Basierend auf dem Untersuchungsergebnis und dem Labor sei eine somatische Pathologie für die angegebenen Stuhlunregelmässigkeiten nicht mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit anzugeben. Sollten sich in einer Koloskopie somatisch relevante Befunde ergeben, sei die Arbeitsfähigkeit neu zu beurteilen. Eine Leistungsminderung durch Untergewicht sei auf 10 – 15 % geschätzt worden. Dies sei eine medizinisch-gutachterliche Einschätzung. Naturgemäss könne nicht bei mehreren potentiellen Gründen für eine Fatigue abschliessend eine prozentuale Gewichtung für jeden möglichen Grund angegeben werden. Da ein somatischer Teilaspekt aus dem Untergewicht möglich erscheine, sei eine Teilarbeitsunfähigkeit eingeräumt worden, auch wenn der überwiegende Teil des dargestellten Leidensdrucks nicht durch eine somatische Ursache erklärt werden könne. Dies entspreche letztlich auch den Aussagen und Einschätzungen der behandelnden Ärzte und der Beschwerdeführerin. Hierbei seien diese Symptome im Rahmen eines psychischen Prozesses verortet worden. Zum Schmerzsyndrom führten die Gutachter aus, nach Angaben der Beschwerdeführerin seien die generalisierten Schmerzen zum Zeitpunkt des Gutachtens und während des Begutachtungszyklus mehrheitlich abgeklungen gewesen. Das dargestellte Schmerzsyndrom sei ohne Nachweis eines somatischen Korrelates und damit ohne erklärbare Ursache aus dem rheumatologischen Formenkreis gewesen. Im Hinblick auf die gesamtmedizinische Aktenlage erscheine daher am ehesten plausibel, dass eine Störung der Körperhomöostase im Rahmen der Essstörung mit Störung des Kaliumstoffwechsels ein Schwächesyndrom getriggert habe. Es obliege einer psychiatrischen Beurteilung, das Störungsmuster einer Essstörung versicherungsmedizinisch zu bewerten. Erwähnt sei hierbei, dass im Sinne der Beschwerdeführerin die Aktenlage im Hinblick auf die psychiatrische Hospitalisation vervollständigt und um diese Information ergänzt worden sei. Betont sei, dass die Beschwerdeführerin selbst angegeben habe, ihr Leidensdruck sei psychischer Natur. Eine passagere Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Verletzung der Hand sei anzunehmen. Bei einem Gutachten der IV sei jedoch der längerfristige invalidisierende Gesundheitsschaden für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit massgeblich. Der Befund an der Hand sei reizlos und unauffällig gewesen. Ein dauerhafter, bleibender und relevanter Gesundheitsschaden sei daher nicht zu erkennen gewesen. Im Weiteren bringe der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vor, dass von einer mittelgradigen depressiven Episode auszugehen sei, wenn viele oder mehr Symptome vorhanden seien. Er zitiere aus dem Gutachten verminderte Freude, Interessenverlust, erhöhte Ermüdbarkeit, was zwei der allgemeinen Kriterien seien, Schlafstörungen, Insuffizienzgedanken und verminderten Appetit, was eigentlich auch zwei der übrigen Kriterien seien. Insuffizienzgedanken würden nicht zu den übrigen Kriterien gehören, dort würden Schuldgedanken, Gefühle von Wertlosigkeit aufgeführt, die Beschwerdeführerin leide aber nicht unter Schuldgedanken. Auch sei der Appetit nicht derart vermindert, dass es zu einem relevanten Körpergewichtsverlust komme, wie im Gutachten auch nachgelesen werden könne. Auch sei der Interessenverlust bei der Beschwerdeführerin nicht so deutlich ausgeprägt, sie sei in ihrem Leben durchaus aktiv, sie erledige ihren Haushalt mehrheitlich selber, auch die administrativen

Angelegenheiten, sie könne sich auch Hilfe holen, wenn nötig, sie kümmere sich um ihren Hund, sie habe sogar einen langjährigen Freund, wenn sie mit ihm auch nicht zusammenwohne, sie gehe regelmässig in ihr Geschäft, wo sie als eidgenössisch diplomierte medizinische Kosmetikerin tätig sei, sie lese auch, sie fahre selber Auto und sei auch mit dem Velo unterwegs. Es bestehe aber schon ein gewisser Interessenverlust, so gehe sie nicht mehr tanzen, sie reise auch nicht mehr in die Ferien, habe sich auf die letzten Ferien 2017 zusammen mit dem Partner gar nicht freuen können, sie habe die Passivität ihres Partners beklagt. Die in der K.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode könne sehr wohl bestätigt werden als eben vorübergehend, im Gutachten sei auch dargelegt worden, dass punktuelle Arbeitsunfähigkeiten möglich seien, wegen Verschlechterung der affektiven Symptomatik im Rahmen des rezidivierenden Verlaufs der Depression. Es sei nun mal so, dass in der Versicherungsmedizin die Arbeitsfähigkeit längerfristig gemittelt über den Verlauf eingeschätzt werden müsse, als sogenannte anhaltende Arbeitsunfähigkeit. Dies schliesse punktuelle vorübergehende Arbeitsunfähigkeiten nicht aus. Auch sei es möglich, dass es sich bei der Beurteilung in der K.\_\_\_\_ um eine andere Beurteilung handle gegenüber der Beurteilung im Gutachten, vielmehr sei aber eine Verschlechterung im Rahmen des rezidivierenden Verlaufs durchaus möglich, vorübergehend (punktuell), auch wenn die Beschwerdeführerin bereits nach der Begutachtung wieder in die K.\_\_\_\_ eingetreten sei, wobei es sich aber offenbar um einen freiwilligen Klinikeintritt gehandelt habe. Zu einer mittelgradigen depressiven Episode passe eine anhaltende 100%ige Arbeitsunfähigkeit im versicherungsmedizinischen Sinne nicht. Zumindest wäre eine Teilarbeitsfähigkeit zu erwarten. Irgendwie passe es auch nicht gut zusammen, wenn sich die Beschwerdeführerin vom Fahrdienst des L.\_\_\_\_ (nachfolgend: L.\_\_\_\_) fahren gelassen habe zur Untersuchung, hingegen selber Auto fahre und auch mit dem Velo unterwegs sei. Der Rechtsvertreter lege die Verkehrsfähigkeit der Beschwerdeführerin deutlich einseitig dar, indem er nur erwähne, dass sie sich vom Fahrdienst L.\_\_\_\_ habe fahren lassen müssen. Der Rechtsvertreter werfe dem psychiatrischen Gutachten eine beschönigende Darstellung vor, hingegen mache er nichts anderes, als sich lediglich auf das zu konzentrieren, was der Beschwerdeführerin nicht mehr möglich sei, was ja auch verständlich sei, da er eine IV-Rente ausschlagen wolle. Er habe sich dann nicht einmal die Mühe genommen, sich um eine aktuelle fachärztliche Beurteilung zu bemühen. Der Rechtsvertreter kritisiere das Gutachten nicht vom Formalen her, sondern inhaltlich, er lasse sich also auf ein Gebiet hinaus, das gar nicht seiner Kompetenz entspreche, denn er sei nicht Facharzt für Psychiatrie. Vor allem halte er einseitig an einem negativen Leistungsprofil fest, was auch aus seiner Kritik an im Gutachten aufgeführten Mini-ICF-APP ersichtlich sei. Nirgendwo sei im Gutachten die Ferienreise 2017 mit dem Partner als Ressource angegeben worden, es sei lediglich geschrieben worden, dass es ihr möglich sei, mit dem Partner in die Ferien zu reisen, nachdem sie letztmals 2017 zusammen mit dem Partner in die Ferien gereist sei, wie dies im Gutachten auch festgehalten worden sei. Es sei nun einmal eine Tatsache, dass die Beschwerdeführerin im psychiatrischen Untersuchungsgespräch die Passivität ihres Partners betont habe, ob der Rechtsvertreter dies nun wahrhaben wolle oder nicht. Nirgendwo sei im Gutachten geschrieben worden, dass die Beschwerdeführerin sich nicht mehr mit Tanzen betätige, weil der Partner dies nicht wolle, wie der Rechtsvertreter behaupte, er habe aber auch eine entsprechende Stelle, wo dies geschrieben werden solle, nicht angeben können. Schliesslich sei vom Rechtsvertreter dann doch eine formale Kritik gekommen, nämlich, dass der Gutachter keine fremdanamnestischen Auskünfte,

insbesondere beim behandelnden Psychiater eingeholt habe. Es sei aber nicht zwingend notwendig, fremdanamnestische Auskünfte einzuholen, wenn genügend Arztberichte bereits vorliegen würden. Fremdanamnestische Auskünfte müssten vor allem dann eingeholt werden, wenn kein Arztbericht vorliege. Schliesslich kritisiere der Rechtsvertreter auch die Stellungnahme des Gutachters vom 20. Mai 2021 auf die Einwände zum Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_ und meine einmal mehr, dass eben von einer mittelgradigen depressiven Episode auszugehen sei. Im Weiteren ist auf die Stellungnahme des psychiatrischen Gutachters Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 20. Mai 2021 zu verweisen (vgl. E. II. 5.4 hiervor). 5.6 Dem Austrittsbericht des H.\_\_\_\_ vom 20. Oktober 2022 (IV-Nr. 90) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin in der Zeit vom 30. August bis 20. Oktober 2022 hospitalisiert war. Sie sei von Dr. med. F.\_\_\_\_ wegen einer anhaftend depressiven Erschöpfung, bestehend seit 2017 mit aktueller Verschlechterung, zugewiesen worden. Es wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode 2. F50.02 Anorexia nervosa, bulimischer Typ (aktenanamnestisch) 3. F60.32 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ Phänomenologisch seien die schwere Erschöpfung, Kraft- und Energielosigkeit, Freud-, Lustlosigkeit, Gedankenkreisen, sozialer Rückzug, geringe Selbstfürsorge, Schlafstörungen, Niedergestimmtheit und Verzweiflung im Vordergrund des Zustandbildes gestanden. Diagnostisch habe es sich aufgrund des klinischen Befundes, der psychiatrischen Anamnese, sowie der psychosozialen Begleitumstände am ehesten um eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode, gehandelt. Aktenanamnestisch liege eine Anorexia Nervosa vom bulimischen Typ vor, auf die während des stationären Aufenthaltes thematisch nicht darauf eingegangen worden sei. Laut ambulanter Behandlerin und der M.\_\_\_\_ bestehe eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung, welche nach dem klinischen Eindruck habe bestätigt werden können. Die Diagnose nichtorganische Insomnie sei entfernt worden. Nach der Beurteilung des H.\_\_\_\_ bestünden Schlafstörungen bei erhöhter Anspannung und stelle keine eigenständige Diagnose dar. Die Beschwerdeführerin habe die Klinik in einem deutlich verbesserten Zustand verlassen. 6. Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ vom 2. Februar 2021 (vgl. E. II. 5.1 hiervor), weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Das polydisziplinäre Gutachten wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärztinnen und Fachärzten, welche die Beschwerdeführerin eingehend untersucht und die Anamnese erhoben haben (IV-Nrn. 48.4 S. 5 ff.; 48.5 S. 3 ff.; 48.6 S. 3 ff.; 48.7 S. 3 ff.). Wie das Aufführen und Zusammenfassen der Akten in chronologischer Reihenfolge erkennen lässt, wurde das Gutachten zudem in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt (IV-Nrn. 48.3; 48.4 S. 3 ff.; 48.5 S. 3 ff.; 48.6 S. 3 ff.; 48.7 S. 3 ff.). Das Gutachten erfüllt die grundsätzlichen Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vgl. E. II. 3.3 hiervor). Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt: 6.1 Im internistischen Teilgutachten (IV-Nr. 48.4) wurde ausgeführt, aus genuin allgemeininternistischer Perspektive würden ein Erschöpfungssyndrom mit Kraftlosigkeit und Müdigkeit hervorgebracht. Der klinische Untersuchungsbefund habe einen normalen Status, jedoch ein relevantes Untergewicht mit einem BMI von 15.6 gezeigt. Die aktuelle Blutuntersuchung habe keine passende genuin allgemeininternistische Erklärung enthalten. Eine rezidivierende Hypokaliämie habe allgemeininternistisch bislang nicht einer somatischen Ursache zugeordnet werden können.

Grundsätzlich bestehe jedoch bei wiederholtem Erbrechen ein passender Risikofaktor. Auch wenn von der Beschwerdeführerin der Zusammenhang zwischen Hypokaliämie und Erbrechen mit Hinweis auf den früheren Verlauf verneint werde, so wäre zumindest medizintheoretisch das Auftreten einer Hypokaliämie im Rahmen eines rezidivierenden Erbrechens eine typische Komplikation. Ohne eine Bewertung hierbei abgeben zu wollen, füge sich diese typische Komplikation sinnvoll in die Aktenlage, der fehlenden alternativen Erklärung und das medizinische Gesamtbild der Beschwerdeführerin. Es bestehe ein Untergewicht bei Angabe von rezidivierendem Erbrechen. Hinweise für eine konsumierende Erkrankung oder ein substantiell chronischer Entzündungsprozess als Grundlage für die geschilderte Situation habe aus den Befunden nicht abgeleitet werden können. Das Untergewicht finde neben den geklagten psychiatrischen Störungsbildern keine alternative Erklärung und wäre jedoch auch aus nicht-psychiatrischer Perspektive eine sinnvolle Erklärung. Auch Symptome eines Reizdarmsyndroms und der Nachweis einer Typ C Gastritis würden für vegetative, psychische Auswirkungen auf den Magen-Darm-Trakt sprechen. Für Auswirkungen und Herleitung von Diagnosen aus psychiatrischen Fachgebiet werde auf das entsprechende Fachgutachten verwiesen. Aus allgemeininternistischer Perspektive sei jedoch nachvollziehbar, dass auch aus somatischer Sicht aufgrund des Untergewichts für ein Fatigue-Syndrom mit vermehrter Ermüdbarkeit ein somatischer Teilaspekt erkannt werden könne. Gestützt auf diese nachvollziehbaren Ausführungen kann auf die gutachterliche Schlussfolgerung abgestellt werden, wonach die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch ein allgemeininternistisches Leiden um 10 bis 15 % in jeglicher Tätigkeit eingeschränkt sei. Auf das beweismässige internistische Teilgutachten ist demnach abzustellen. Den Beweiswert des allgemeininternistischen Teilgutachtens vermögen auch die von der Beschwerdeführerin erhobenen Rügen nicht zu entkräften. Die Beschwerdeführerin bringt vor, die durchgeführte Koloskopie habe ergeben, dass die Beschwerdeführerin an einem sehr erheblichen, inneren, vor allem anterioren Rectumprolaps leide (vgl. Bericht zur Koloskopie-Untersuchung vom 27. November 2020; IV-Nr. 54 S. 4 f.). Demnach habe sich eine andere Diagnose als ein Reizdarm ergeben, weshalb die Arbeitsfähigkeit neu beurteilt werden müsse, wie dies von den B. \_\_\_-Gutachter festgehalten worden sei (Beschwerde S. 11; A.S. 15). Die Beschwerdeführerin übersieht hierbei, dass versicherungsrechtlich von Bedeutung ist, ob und inwieweit sie in ihrem funktionellen Leistungsvermögen eingeschränkt ist, hingegen nicht, ob eine neue Diagnose gestellt werden kann. Die Darmproblematik war bereits im Zeitpunkt der polydisziplinären Begutachtung bekannt. Nicht erstellt ist demgegenüber, dass die neue Diagnose sich im zeitlichen Längsverlauf stärker auf das funktionelle Leistungsvermögen auswirkte als im B. \_\_\_- Gutachten festgehalten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_49/2023 vom 30. März 2023 E. 6.2.3.). Im Weiteren rügt die Beschwerdeführerin, dass die Leistungsminderung von 10 bis 15 % nicht begründet werde und stark von ihren Angaben abweiche, obwohl festgehalten werde, dass sie konsistente Angaben mache und keine Aggravation vorliege (vgl. Beschwerde S. 13; A.S. 17). Hierbei übersieht die Beschwerdeführerin, dass die abweichende subjektive Einschätzung an der Beurteilung des Gutachters nichts zu ändern vermag. Für die Frage, ob es der versicherten Person zuzumuten ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen, ist insofern eine objektivierte Betrachtungsweise massgeblich, als es nicht auf ihr subjektives Empfinden ankommen kann (Urteil des Bundesgerichts 8C\_303/2016 vom 18. Juli 2016 E. 6.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.1 S. 295). 6.2 Im rheumatologischen Teilgutachten (IV-Nr. 48.5) wurde ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin Schmerzen im Becken-/Rückenbereich mit

intermittierender Ausstrahlung in das rechte Bein beklage, teils Ausstrahlung von lumbal in den Körperstamm, teils Ausstrahlung in die linke Beckenhälfte. In der klinischen Untersuchung hätten sich die Beschwerden auf das SIPS rechtsseitig sowie auf die unteren Segmente der Lendenwirbelsäule fokussiert, das Iliosakralgelenk sei in der klinischen Untersuchung schmerzarm gewesen. Ein neurologisches Defizit im Sinne einer Parese oder einer objektivierbaren Reflexasymmetrie habe sich nicht gefunden. Es hätten elektrisierende Sensibilitätsstörungen im Sinne eines neurogenen Schadens im Bereich des Oberschenkels rechtsseitig bestanden, am ehesten passend zu dem Dermatome L4. Die Nervendehnungszeichen seien jedoch negativ gewesen. In der Prüfung der Lendenwirbelsäule habe im Quadranten-Test zwar eine lokale Druckdolenz als Ausdruck eines segmentalen Störungsbildes bestanden, jedoch keine ausstrahlenden Beschwerden im Sinne eines Beschwerdebildes bei einer klassischen Radikulopathie. Zusammenfassend könne daher in den unteren Bewegungssegmenten der Lendenwirbelsäule ein intermittierendes Schmerzsyndrom mit Ausstrahlung in das rechte Bein beschrieben werden, welches aufgrund der Darstellung und in Zusammenschau mit Therapiebemühungen plausibel vorgebracht worden sei. Bei fehlender Objektivierbarkeit von Schmerzen und Angabe von elektrisierenden Störungen obliege der Diagnose jedoch eine Unsicherheit. Von der Beschwerdeführerin seien die Beschwerden nicht in den Kontext eines invalidisierenden Gesundheitsschadens gesetzt worden. Basierend auf einer plausiblen Darstellung könne zwar ein Schmerzsyndrom auf Grundlage degenerativer Veränderungen angenommen werden, hinsichtlich des Ausprägungsgrads müsse jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine überwindbare Störung vorliegen. Die Annahme der Überwindbarkeit der Störungen ergebe sich aus der Zusammenschau von vorgelegten Abklärungen (in den letzten Jahren keine), aus der Zusammenschau mit Therapiebemühungen (nur gelegentliche Schmerzmitteleinnahme, keine Physiotherapie, Therapiekontrolle mit eigenen Übungen) und der Angabe, die Wechselbelastung bei der Arbeit helfe gar. Nach Verletzung der ulnaren Kollateralbänder am PIP des Dig II und III seien nach operativer Versorgung keine relevanten Auffälligkeiten zu erheben gewesen. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden könne daher nicht beschrieben werden. Weiter führte der rheumatologische Gutachter aus, unter Studium der Vorakten sei ein Ganzkörperschmerzsyndrom ärztlich vorgestellt und abgeklärt worden. Aus genuin rheumatologischer Perspektive sei aktuell das Vorliegen einer Fibromyalgie geprüft worden. Basierend auf dem Untersuchungsbefund habe dies jedoch derzeit nicht beschrieben werden können. Das Vorliegen von psychiatrischen Erkrankungen wäre jedoch im Sinne einer Somatisierung ein klassischer Risikofaktor, müsse jedoch psychiatrisch bewertet werden. Hierbei einschränkend müsse zudem erwähnt werden, dass die psychiatrische Dauermedikation mit Duloxetin und Pregabalin mitschmerzdistanzierend wirke und daher ggf. das Leiden behandle, sodass das klinische Vollbild zum Zeitpunkt des Fachgutachtens nicht erfasst worden sei. Medizintheoretisch wäre jedoch im Umkehrschluss unter suffizienter Behandlung hieraus keine invalidisierende Diagnose stellbar. Bei Angabe einer generellen Hyperlaxizität sei das Vorliegen eines Hyperlaxizitätssyndroms geprüft worden. Die Angabe einer Hyperlaxizität vermöge jedoch einem subjektiven Erleben zu entsprechen. Objektivierend habe eine generelle Hyperlaxizität gemäss dem Beighton Score nicht erhoben werden können. Unter Zusammenschau mit den Angaben der Beschwerdeführerin und der Aktenlage wäre zudem eine muskuläre Schwäche mit sekundären muskulären Schmerzen bei Kaliummangel denkbar. Leitsymptome einer Hypokaliämie wären jedoch weniger Schmerzen, eher eine

Muskelschwäche. Eine Schwäche sei von der Beschwerdeführerin gemäss der Aktenlage zwar auch geklagt worden. Der Zusammenhang einer syndromalen Konstellation mit dem führenden Symptom «Schmerzen» und Hypokaliämie wäre daher theoretisch denkbar, könne aber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestätigt werden. Aus rheumatologischer Sicht sei das Vorliegen einer genuin rheumatologisch entzündlichen Pathologie untersucht worden. Die aktuelle Evaluation habe eine Beschwerdeführerin ohne Arthritiden gezeigt. Der Nagelfalz (als Hinweis für eine Durchblutungsstörung mit pathologischem, sekundären Raynaud Phänomen) sei makroskopisch unauffällig gewesen. In den Vorakten sei anamnestisch von Entzündungen an mehreren MCP-Gelenken berichtet worden, ärztlich objektiviert seien die Befunde allerdings bislang nicht geworden. Der Laborbefund vom 18. August 2020 habe keine Hinweise für eine pathologische Antikörperbildung enthalten. Auch ein Komplementverbrauch als Hinweis für eine immunkomplexvermittelte Erkrankung habe sich nicht gefunden. Die Diagnose einer Konnektivitis könne derzeit nicht gestellt werden. Zusammenfassend könne mit den vorliegenden Informationen und Abklärungsergebnissen eine abschliessende Einordnung des zuvor geklagten Ganzkörperschmerzsyndroms nicht erfolgen. Aus den vorliegenden Angaben könne derzeit daher kein invalidisierender Gesundheitsschaden erwachsen. Gestützt auf die vorstehenden einleuchtenden Befunderhebungen und Diagnosestellungen, welche auf eingehenden Untersuchungen beruhen, vermag schliesslich auch die Schlussfolgerung des rheumatologischen Gutachters zu überzeugen, dass aus rein klinisch-rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. Den Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens vermögen auch die von der Beschwerdeführerin erhobenen Rügen nicht zu entkräften. So spricht es, entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin, nicht gegen den Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens, dass der Gutachter dem Schmerzsyndrom keine relevanten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bescheinigte, zumal diesbezügliche Einschränkungen auch von keinem behandelnden rheumatologischen Facharzt statuiert wurden. Sodann führte der rheumatologische Gutachter in seinem Teilgutachten aus, die Beschwerdeführerin bringe Einschränkungen aufgrund ihrer psychischen Verfassung vor. Grundsätzlich hätten die vorgebrachten Schmerzen im Bereich des Rückens und Beins keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Entsprechend sei der Beschwerdeführerin auch nicht klar, weshalb eine rheumatologische Abklärung angefordert worden sei (IV-Nr. 48.5 S. 8). 6.3 Im neurologischen Teilgutachten (IV-Nr. 48.6) wurde festgehalten, aus neurologischer Sicht könnten bei der Beschwerdeführerin keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden. Aktuell bestehe aus neurologischer Sicht gar kein Hinweis auf ein allfälliges Suchtleiden. Für die Diagnose des leichtgradigen sensiblen Karpaltunnelsyndroms beidseits werde auf den aktenmässigen Verlauf verwiesen, diese Diagnose beeinträchtige die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aktuell nicht. Die Epworth-Sleepiness-Skala vom 9. Juni 2020 falle mit 7 Punkten normal aus, sodass eine relevante Tagesschläfrigkeit zurzeit nicht mehr festgestellt werden könne. Anamnestisch ergäben sich aktuell keine Hinweise mehr für eine allfällige Narkolepsie oder Kataplexie. Für eine Zerebralparese bestünden aktuell in der klinisch-neurologischen Untersuchung gar keine Hinweise, ein Zusammenhang mit der zuvor bestehenden Hypokaliämie sei unwahrscheinlich, weil Paresen bei der Beschwerdeführerin eigentlich nie beschrieben worden seien und auch aktuell nicht nachgewiesen werden könnten. Der Serumspiegel von Kalium sei im Verlauf dieses Jahres stets normal gewesen. Im Vergleich zu den neurologischen Voruntersuchungen ergäben

sich aktuell keine Diskrepanzen in der diagnostischen Einschätzung, die zuvor von den neurologischen Untersuchern geäußerten Diagnosen hätten effektiv nicht das neurologische Fachgebiet im engeren Sinne betroffen. Gestützt auf diese nachvollziehbaren Ausführungen vermag sodann auch die gutachterliche Schlussfolgerung zu überzeugen, wonach bei der Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. Demnach kann auf das beweismässige neurologische Teilgutachten abgestellt werden. Daran vermag auch der Einwand der Beschwerdeführerin nichts zu ändern, wonach das neurologische Teilgutachten von Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, beweismässig nicht verwertbar sei, zumal Zweifel an seiner Unabhängigkeit und Unvoreingenommenheit bestünden. Die Beschwerdeführerin sei im Februar 2019 bei Dr. med. O.\_\_\_\_ in neurologischer Abklärung gewesen. Sie sei mit der Behandlung von Dr. med. O.\_\_\_\_ nicht zufrieden gewesen. So habe die Beschwerdeführerin die Ärztin auf diverse falsche Angaben im Bericht vom 14. Februar 2019 aufmerksam machen müssen. In der Folge habe sich die Beschwerdeführerin nicht mehr von Dr. med. O.\_\_\_\_ behandeln lassen wollen. Da Dr. med. N.\_\_\_\_ in derselben Praxis tätig sei wie Dr. med. O.\_\_\_\_, lägen klarerweise Umstände vor, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen (vgl. Beschwerde S. 5 ff.; A.S. 9 ff.). Befangenheit ist anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die in objektiver Weise geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit und Unvoreingenommenheit der sachverständigen Person zu erwecken. Dazu genügt nicht, sich schon einmal mit der zu begutachtenden Person befasst zu haben und dabei zu für sie ungünstigen Schlussfolgerungen gelangt zu sein. Entscheidend ist, dass das Ergebnis der Abklärung (nach wie vor) als offen und nicht vorbestimmt erscheint (Urteil des Bundesgerichts 9C\_731/2017 vom 30. November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen). Anderes gilt, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit objektiv zu begründen vermögen, etwa wenn der Sachverständige seinen Bericht nicht neutral und sachlich abfasste (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110). Solches ist jedoch nicht ersichtlich und wird auch nicht geltend gemacht. Im vorliegenden Fall sind keine Umstände ersichtlich, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit und Unvoreingenommenheit von Dr. med. N.\_\_\_\_ zu erwecken. Dass der neurologische Gutachter die Praxis mit einer Fachärztin teilt, bei der die Beschwerdeführerin in Abklärung war und mit derer Behandlung sie nicht zufrieden war, genügt hierzu nicht. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin kann nicht nachvollzogen werden, weshalb das Ergebnis der neurologischen Expertise vom 19. Juni 2020 nicht als offen erscheinen sollte. Im Übrigen kann die Beschwerdeführerin keine weiteren konkreten Umstände vorbringen, welche eine Befangenheit von Dr. med. N.\_\_\_\_ begründen. Befangenheitsgründe für Dr. med. N.\_\_\_\_ sind denn auch keine ersichtlich, weshalb eine solche im vorliegenden Fall zu verneinen ist. Anzuführen bleibt, dass der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 21. Mai 2020 (IV-Nr. 32) die vorgesehenen Gutachter, darunter auch Dr. med. N.\_\_\_\_, mitgeteilt wurden, verbunden mit dem Hinweis, Einwendungen gegen Gutachterpersonen könnten bis 3. Juni 2020 schriftlich eingereicht werden. In der Folge wurden keine Einwendungen vorgebracht. 6.4 Im neuropsychologischen Teilgutachten (IV-Nr. 48.7) wurde dargelegt, in der jetzigen neuropsychologischen Untersuchung habe sich bei der Beschwerdeführerin in kognitiver Hinsicht eine normgemässe Leistungsfähigkeit gezeigt. Testdiagnostisch erhalten seien das Denken, das Gedächtnis, die Aufmerksamkeit, die Exekutivfunktionen, die visuellräumlichen und visuokonstruktiven Funktionen und die Sprache gewesen. Das kognitive Befundprofil stehe in guter Übereinstimmung zur schulischen und beruflichen

Laufbahn mit Besuch der Primar- und Sekundarschule mit durchschnittlichen Leistungen sowie zum Absolvieren von Berufsausbildungen im kaufmännischen Bereich und als Kosmetikerin. Die von der Beschwerdeführerin geschilderten subjektiven Einschränkungen ihres Konzentrationsvermögens seien nach Ansicht des neuropsychologischen Gutachters im Zusammenhang mit ihren psychopathologischen Einschränkungen und einer von ihr geschilderten erhöhten Ermüdbarkeit zu sehen. Gestützt auf diese Ausführungen ist es nicht zu beanstanden, dass der Gutachter aus neuropsychologischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt hat. Auf das beweismässige neuropsychologische Teilgutachten kann demnach abgestellt werden. Dieser Beurteilung standen im Gutachtenszeitpunkt denn auch keine Berichte behandelnder Ärzte entgegen, weshalb darauf abgestellt werden kann. 6.5 Im ophthalmologischen Teilgutachten (IV-Nr. 48.8) wurde festgehalten, dass bei der Beschwerdeführerin ein normaler altersentsprechender ophthalmologischer Befund bestehe. Dementsprechend ergab sich aus ophthalmologischer Sicht keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Dies wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht in Zweifel gezogen.

## **E. 9**

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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

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