

# **SO\_GERICHTE VSBES.2023.60 vom 14. Februar 2023**

SO Obergericht, 2023-02-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2023.60](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.60)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2023.60 du 14 février 2023

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2023.60 del 14 febbraio 2023

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Es sei der Beschwerdeführerin die integrale unentgeltliche Rechtspflege und -verbeiständung unter Beiordnung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu bewilligen.

### **E. 2**

Es sei der Beschwerdeführerin eine Frist zur Einreichung von weiteren Belegen zum Nachweis der prozessualen Bedürftigkeit anzusetzen.

### **E. 3**

Es sei eine Frist gemäss Ziff. 4 der Verfügung des angerufenen Gerichts vom 7. März 2023 abzunehmen.

### **E. 4**

Es sei dem unterzeichneten Rechtsanwalt eine Frist zur Einreichung einer ergänzenden Beschwerdebeurteilung anzusetzen.

### **E. 5**

Es seien die beiliegenden Berichte der Klinik für Wirbelsäulenchirurgie am Spital E.\_\_\_\_ vom 26. Januar 2023 und vom 26. Juni 2023 in Kopie als Urkunden 17 und 18 zu den Akten zu nehmen und zum Beweis zuzulassen.

### **E. 6**

Es sei der beiliegende Bericht der Klinik für Orthopädie und Traumatologie am Spital E.\_\_\_\_ vom 20. Juni 2023 als Urkunde 19 zu den Akten zu nehmen und zum Beweis zuzulassen.

### **E. 7**

Es sei der beiliegende MRT-Befundbericht linkes Knie vom 11. Mai 2023 in Kopie als Urkunde 20 zu den Akten zu nehmen und zum Beweis zuzulassen.

### **E. 8**

Es sei der beiliegende Bericht der Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie am Spital E.\_\_\_\_ vom 13. Januar 2023 in Kopie als Urkunde 21 zu den Akten zu nehmen und zum Beweis zuzulassen. Gleichzeitig reicht der Vertreter der Beschwerdeführerin seine Kostennote und eine Honorarvereinbarung mit der Beschwerdeführerin vom 27. März 2023 ein (A.S. 65 ff.). 14. Mit Verfügung vom 27. Oktober 2023 (A.S. 69) nimmt die Präsidentin des Versicherungsgerichts die eingereichten Beschwerdebeilagen (Urkunden Nrn. 15 – 21) praxismässig zu den Akten und heisst den Antrag bezüglich der Tonaufnahmen zur Begutachtung bei der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ gut. Über den in Ziff. 2 gestellten Antrag werde

zu einem späteren Zeitpunkt entschieden. 15. Gemäss Verfügung vom 8. November 2023 (A.S. 70) seien die dem Versicherungsgericht übermittelten Tonaufnahmen dem Vertreter der Beschwerdeführerin via WebTransfer zugestellt und ihm eine Frist zur Stellungnahme gesetzt worden. 16. Zur Stellungnahme der Beschwerdeführerin vom 29. November 2023 (A.S. 73 ff.) lässt sich die Beschwerdegegnerin am 18. Januar 2024 vernehmen. Sie hält am Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (A.S. 81 f.). 17. Die Eingabe der Beschwerdeführerin vom 6. Februar 2024 sowie die ergänzende Kostennote ihres Vertreters (A.S. 90 ff.) gehen mit Verfügung vom 7. Februar 2024 (A.S. 95) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin. 18. 18.1 Mit Vorladungsverfügung vom 2. Oktober 2024 (A.S. 102 f.) werden die Parteien zur öffentlichen Verhandlung auf den 13. November 2024, 10.30 Uhr, vorgeladen. Zudem wird das Beweisverfahren geschlossen. 18.2 Der Vertreter der Beschwerdeführerin reicht anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 13. November 2024 (vgl. Protokoll, A.S. 104 f.) eine ergänzende Kostennote vom 13. November 2024 ein (A.S. 106 f.). 19. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtsätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, welche damals in Kraft standen. 2. 2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG). 2.2 Bei versicherten Person, die nur zum Teil erwerbstätig sind (oder unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten), wird die Invalidität für diesen Teil durch einen Einkommensvergleich nach Art. 16 ATSG festgelegt (Art. 28a Abs. 3 IVG). Waren diese Personen daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird für diese Tätigkeit bei der Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG). In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit (oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin) und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; vgl. BGE 130 V 393 E. 3.3 S. 396). Seit dem 1. Januar 2018 gilt für die gemischte Methode die folgende ergänzende Regelung (Art. 27 bis Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Inhaltlich neu ist insbesondere Art. 27 bis Abs. 2 lit. a IVV, wonach das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die teilzeitliche Erwerbstätigkeit erzielen würde, auf ein Vollzeitpensum hochgerechnet wird. Dies bedeutet in der Konsequenz, dass Validen- wie auch Invalideneinkommen in Bezug auf eine hypothetische Vollzeittätigkeit zu bestimmen sind (vgl. BGE 145 V 370 E. 4 S. 376 ff.). 3. 3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das

Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99, 125 V 256 E. 4 S. 261).

3.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3.b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1.c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

4. Strittig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin die Ansprüche der Beschwerdeführerin auf eine Rente und berufliche Massnahmen mit Verfügung vom 14. Februar 2023 (A.S. 1 ff.) zu Recht verneint hat. Die Beschwerdegegnerin stützt ihren Entscheid in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ vom 30. März 2022 (IV-Nrn. 34.1 – 34.3), weshalb nachfolgend dessen Beweiswert zu prüfen ist.

4.1 Das Gutachten der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ stammt von unabhängigen Fachärzten der einschlägigen medizinischen Disziplinen, welche

fachlich qualifiziert sind, die gesundheitliche Situation und die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu beurteilen. Zudem haben die Experten die Beschwerdeführerin – jeweils unter Beizug einer [...] Dolmetscherin (vgl. IV-Nr. 34.2 S. 21, 28, 39, 51) – zu ihren subjektiven Beschwerden, ihren Lebensumständen sowie ihrer Vorgeschichte befragt (IV-Nr. 34.2 S. 22 f., 29 ff., 41, 51 f.), die objektiven Befunde erhoben (IV-Nr. 34.2 S. 23 f., 32 f., 42 ff., 53) und die wesentlichen Akten zur Kenntnis genommen (IV-Nr. 34.2 S. 14 ff.). Auf dieser Grundlage nahmen die einzelnen Experten sodann die medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung vor und äusserten sich zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (IV-Nr. 34.2 S. 24 ff., 36 ff., 44 f., 55 ff.). In der «interdisziplinären Konsensbeurteilung» gelangten die Experten sodann zu einer gemeinsamen Beurteilung (IV-Nr. 34.2 S. 7 ff.), welche vor dem Hintergrund der objektivierten Befunde nachvollziehbar ist. Die formellen Vorgaben sind erfüllt. Auf die diesbezüglichen Vorbringen der Beschwerdeführerin wird unter E. II. 4.3.1 hiernach eingegangen. Es ist nachfolgend auf die einzelnen Teilgutachten und deren Beweiswert einzugehen und zu prüfen, ob die dokumentierten medizinischen Akten diesen Beweiswert allenfalls zu schmälern vermögen:

4.1.1 Im Rahmen des allgemeininternistischen Teilgutachtens vom 10. Januar 2022 (IV-Nr. 34.2 S. 21 ff.) stellte Dr. med. F.\_\_\_\_, Fallführung, FMH Allgemeine Innere Medizin, folgende Diagnosen fest: ein «Übergewicht mit einem BMI von 27 kg/m<sup>2</sup> (ICD-10 E66.9)» und ein «Nikotinabusus (ICD-10 F17.1)». Diese Diagnosestellungen vermögen aufgrund der erhobenen Befunde zu überzeugen. So wurden u.a. ein Gewicht von 68 kg und eine Körpergrösse von 157 cm festgestellt, was einem BMI von 27 kg/m<sup>2</sup> entspricht (S. 24). Weiter wurde unter dem Titel «medizinische Anamnese aus allgemeininternistischer Sicht» festgehalten, die Beschwerdeführerin rauche pro Tag 20 Zigaretten (S. 22). Die übrigen Untersuchungsbefunde präsentierten sich demgegenüber als unauffällig. So wurde bspw. die Untersuchung von Kopf und Hals als unauffällig beschrieben. Es seien keine vergrösserten Lymphknoten palpabel, das Integument sei unauffällig. In Bezug auf die Beine hätten keine Ödeme, keine Varikosis festgestellt werden können. Kardiovaskulär: Blutdruck 120 / 70 mmHg, Puls 88 pro Minute regelmässig, Herzauskultation und Herzpalpation unauffällig, HJR negativ (S. 24). Unter diesen Umständen vermag auch einzuleuchten, dass gemäss gutachterlicher Einschätzung bei der Beschwerdeführerin keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. In Bezug auf die medizinischen Vorakten ist insbesondere auf den Arztbericht des Hausarztes Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, vom 26. Februar 2021 (IV-Nr. 14 S. 1 ff.) einzugehen. Darin verweist er im Wesentlichen auf die beiliegenden Berichte des Spitals E.\_\_\_\_, Kompetenzzentrum Wirbelsäulenchirurgie (IV-Nr. 14 S. 6 ff.). Dies auch in Bezug auf die medizinische Symptomatik, die aktuelle Medikation und die Diagnosen der Beschwerdeführerin mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. In diesem Sinn hielt auch bereits der internistische Gutachter Dr. med. F.\_\_\_\_ fest, Dr. med. G.\_\_\_\_ habe sich in seinem Bericht vom 26. Februar 2021 auf die psychische Problematik und die Problematik des Bewegungsapparates bezogen. Er verwies daher diesbezüglich auf die entsprechenden Teilgutachten (IV-Nr. 34.2 S. 24). Da sich der Hausarzt mit der seit Juni 2019 bis aktuell auf 100 % geschätzten Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin weder auseinandergesetzt noch diese in nachvollziehbarer Weise begründet hat, vermag diese nicht einzuleuchten. Aufgrund der vorangegangenen Ausführungen ist jedoch davon auszugehen, dass es sich bei dieser Einschätzung nicht um eine auf rein internistischen gesundheitlichen Einschränkungen beruhende Beurteilung handelt, sondern hierbei auch psychische und / oder somatische Beeinträchtigungen am Bewegungsapparat eine Rolle

spielen dürften. Da der Arztbericht vom 26. Februar 2021 folglich aus rein internistischer Sicht nicht zu überzeugen vermag, schmälert dieser den grundsätzlichen Beweiswert des allgemeininternistischen Teilgutachtens nicht. 4.1.2 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 11. Januar 2022 (IV-Nr. 34.2 S. 28 ff.) hielt der Psychiater und Psychotherapeut Dr. med. H. \_\_\_ u.a. fest, die Beschwerdeführerin beklage seit Jahren somatische Beschwerden und fühle sich aufgrund dieser nicht mehr arbeitsfähig. Das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, könnten durch die somatischen Befunde indes nicht hinreichend objektiviert werden, so dass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Die weiteren gutachterlichen Ausführungen, wonach die Beschwerdeführerin seit Jahren unter ihrem früher gewalttätigen Ehemann, gegen den sie sich nie habe durchsetzen können, leide und sich auch gegenüber der jüngeren Tochter nicht durchsetzen könne, sowie, dass eine angespannte finanzielle Situation mit Schulden und geringen Einkünften bestehe, vermögen aufgrund der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin im Rahmen der gutachterlichen Exploration zu überzeugen. So habe die Beschwerdeführerin u.a. angegeben, ihr Mann habe sie geschlagen und er habe gemacht, was er gewollt habe. Nach einer achtmonatigen Trennung habe er ihr viele Versprechungen gemacht und sie habe ihn zurückkehren lassen. Er habe sich aber nicht verändert. Immerhin helfe er nun auch im Haushalt mit. Auch gegen die 19jährige Tochter könne sie sich nicht wehren. Wenn diese von der Arbeit nach Hause komme und die Beschwerdeführerin das Essen noch nicht bereit habe, mache sie ihr heftige Vorwürfe und beschimpfe sie. Die Tochter befehle praktisch, was die Beschwerdeführerin im Haushalt zu tun habe (S. 29). Aufgrund dieser Angaben vermag die daraus gezogene gutachterliche Schlussfolgerung zu überzeugen, wonach all dies dazu beitragen könne, dass sich die Beschwerdeführerin durch ihre Beschwerden mehr eingeschränkt fühle, als dass es den somatischen Befunden entspreche. Im Weiteren erscheint auch die von Dr. med. H. \_\_\_ gestellte Diagnose einer «chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren» sowie die im Rahmen der Schmerzstörung gelegentlich auftretenden, leichten depressiven Verstimmungen, aufgrund der anschliessenden gutachterliche Ausführungen, plausibel. So hielt der psychiatrische Gutachter fest, die Beschwerdeführerin sei freudlos, zeige einen leichtgradigen sozialen Rückzug und habe keine Perspektiven, da sie sich nicht vorstellen könne, allein und selbständig zu leben. Dennoch – so der Gutachter – sei die Beschwerdeführerin in der Lage den Haushalt selbständig zu führen, Einkäufe zu tätigen, mit dem Fahrrad unterwegs zu sein, allein nach Sizilien zu reisen, einige soziale Kontakte zu pflegen und das Zusammensein mit ihrem Enkelkind zu geniessen (IV-Nr. 34.2 S. 36). Gestützt auf diese Ausführungen ist auch die weitere gutachterliche Einschätzung nachvollziehbar, wonach bei der Beschwerdeführerin keine eigenständige depressive Erkrankung vorliege. Da sich die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben schlecht wehren könne und impulsiv sei, sind auch die durch Dr. med. H. \_\_\_ festgestellten impulsiven und abhängigen Persönlichkeitszüge nachvollziehbar. Diese schränkten die Arbeitsfähigkeit jedoch nicht ein. Diese gutachterliche Einschätzung vermag aufgrund der nachfolgenden Begründung zu überzeugen. So hielt der psychiatrische Gutachter fest, die Beschwerdeführerin sei trotz dieser akzentuierten Persönlichkeit während Jahren in der Lage gewesen, gute Arbeitsleistungen zu erzielen. In Bezug auf die von der Beschwerdeführerin angegebene, regelmässige Einnahme von Targin 10 mg zweimal täglich (IV-Nr. 34.2 S. 22), hielt der psychiatrische Gutachter in schlüssiger Weise fest, die durch die geklagten Schmerzen hervorgerufene Opiatabhängigkeit sei geringgradig ausgeprägt und habe ebenfalls keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 34.2 S. 35).

In Bezug auf die medizinischen Vorakten ist insbesondere auf die Berichte der B.\_\_\_\_ vom 14. Februar 2020 und 19. Juli 2021 (IV-Nrn. 6 S. 12 f., 20) einzugehen. In diesen wurde u.a. eine «schwergradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)» bzw. eine «mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1; Erstdiagnose: 2020)» ausgewiesen. Gemäss überzeugender Einschätzung des psychiatrischen Gutachters Dr. med. H.\_\_\_\_ könne aufgrund des psychopathologischen Befundes eine schwere depressive Episode nicht nachvollzogen werden (IV-Nr. 34.2 S. 34). Dieser Beurteilung kann mit Blick auf den im Rahmen des «Erstgespräches» vom 14. Februar 2020 erhobenen «Psychostatus» (IV-Nr. 6 S. 14) gefolgt werden. So wurde damals festgehalten, es bestehe ein gepflegtes Erscheinungsbild, die Beschwerdeführerin sei freundlich und zugewandt im Kontakt. Wach, bewusstseinsklar, allseits orientiert. Im Gespräch gebe es keine Hinweise auf Konzentrations- oder Aufmerksamkeitsstörung, im Formaldenken kohärent redend mit angepassten Antworten. Grübelnd über ihre Probleme, inhaltlich keine Hinweise auf Wahnvorstellungen, Ich-Störungen oder Zwänge, keine optischen oder akustischen Halluzinationen. Im Affekt deutlich gereizt und angespannt, die Stimmung herabgesetzt mit Müdigkeit, reduziertem Freudeempfinden mit Lustlosigkeit, Sozialrückzug, niedriger Antrieb mit Schuldgefühlen und Hoffnungslosigkeit. Keine Suizidgedanken oder Absichten, keine Hinweise auf Fremdgefährdung. Schlafstörung vorhanden mit Früherwachen. Es kann zudem darauf hingewiesen werden, dass die in den Berichten vom 14. Februar 2020 und 19. Juli 2021 ausgewiesenen Befunderhebungen übereinstimmen und auch deshalb die ausgewiesene schwere depressive Episode zumindest fraglich erscheint (IV-Nr. 34.2 S. 34). Es kommt hinzu, dass die Beschwerdeführerin bereits zu Beginn der psychiatrischen ambulanten Behandlung keine Antidepressiva einnehmen wollte. So wurde im Bericht vom 14. Februar 2020 (IV-Nr. 6 S. 14) festgehalten, die Beschwerdeführerin lehne trotz Empfehlung die Initiierung eines Antidepressivums mit der Begründung ab, sie wolle davon nicht abhängig werden. Diese Einstellung hat sich bis zum Zeitpunkt der gutachterlichen psychiatrischen Abklärungen nicht geändert. So habe die Beschwerdeführerin zwar im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung vom 11. Januar 2022 angegeben, am Morgen 60 mg Cymbalta einzunehmen (IV-Nr. 34.2 S. 31). Dies bestätigte sich jedoch bei der anschliessend durchgeführten Laboruntersuchung nicht. So sei der Wirkstoff Duloxetine unter der Nachweisgrenze gelegen (IV-Nr. 34.2 S. 34). Der in diesem Zusammenhang im psychiatrischen Gutachten ausgewiesene «Status nach mittelgradiger depressiver Episode (ICD-10 F32.1)» ist auch aufgrund der gutachterlichen Einschätzung, wonach keine eigenständige depressive Erkrankung vorliege resp. sich die in den Akten beschriebene mittelgradige und schwere depressive Episode vollständig zurückgebildet hätten, schlüssig. Im Weiteren sind sich die auf das psychiatrische Fachgebiet spezialisierten Fachpersonen der B.\_\_\_\_ und Dr. med. H.\_\_\_\_ darin einig, dass bei der Beschwerdeführerin eine Opiatabhängigkeit besteht sowie impulsive bzw. emotional instabile und abhängige Persönlichkeitszüge vorliegen (vgl. IV-Nrn. 20 S. 4, 34.2 S. 35). Auch die im psychiatrischen Vorbericht vom 19. Juli 2021 (IV-Nr. 20) ausgewiesene Diagnose einer «chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)» wird im psychiatrischen Gutachten bestätigt. Keine Einigkeit besteht demgegenüber zwischen den auf das medizinische Fachgebiet der Psychiatrie spezialisierten Fachärzten betreffend die Auswirkungen dieser Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. So geht Dr. med. H.\_\_\_\_ entgegen den Fachärzten der B.\_\_\_\_ davon aus, dass diese Diagnosen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Diese Einschätzung erscheint plausibel, da nachvollziehbar begründet von einer

verbesserten depressiven Verstimmung unter adäquater Therapie ausgegangen wird (IV-Nr. 34.2 S. 37 oben). Demgegenüber wurde noch im Bericht vom 19. Juli 2021 festgehalten, dass die depressive Symptomatik und die bestehende Schmerzproblematik die Arbeitsvoraussetzungen im Sinn von Leistungsfähigkeit, Ausdauer, Motivation und Belastbarkeit deutlich einschränkten (IV-Nr. 20 S. 6). Insgesamt vermögen somit die Berichte der B.\_\_\_\_ vom 14. Februar 2020 und 19. Juli 2021 den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht zu verringern. Da im Lichte des beweismässigen psychiatrischen Teilgutachtens eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit im Gutachtenszeitpunkt in überzeugender Weise verneint wird, kann auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429).

4.1.3 Im orthopädischen Teilgutachten vom 11. Januar 2022 (IV-Nr. 34.2 S. 39 ff.) hielt Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie, u.a. folgende objektivierbare Befunde fest: Das Gangbild auf Treppe und ebenem Terrain erfolge langsam, ansonsten aber einschliesslich der Varianten weitgehend regelrecht. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule zeige sich eine deutlich eingeschränkte Beweglichkeit sämtlicher Abschnitte, doch könne der initial vermehrte Finger-Boden-Abstand später durch eine verbesserte Auslenkung im Langsitz relativiert werden. Auch die als deutlich vermindert präsentierte Kopffrotation gelinge unter Ablenkung praktisch frei und offenbar schmerzlos. An den oberen und unteren Extremitäten bestehe gleichfalls eine freie Beweglichkeit. Die Beschwerdeführerin gebe eine diffuse Druckdolenz der gesamten Körperoberfläche mit Ausnahme des Kopfes an, wobei selbst geringste Berührungen etwa bei Palpation der Fusspulse schmerzhaft wären. Während es unter anderem bei Prüfung der unteren Extremitäten in Rückenlage zur Angabe massivster Rückenschmerzen komme, gelinge die wiederholte und ausladende Vornahme derselben Manöver in sitzender Position mit hängenden Beinen ohne jeglichen ersichtlichen Leidensdruck. Drei von fünf Waddell-Zeichen seien positiv. Die Tatsache, dass sich die Beschwerdeführerin im Langsitz spontan mit den Armen hochstemme, um ihre Position auf der Liege zu verändern, sei mit einer höhergradigen funktionellen Einschränkung der oberen Extremitäten kaum kompatibel. Auf radiologischer Ebene seien an der Wirbelsäule zervikal regelrechte lokale Verhältnisse nach Spondylodese und auf Höhe des thorakolumbalen Überganges eine Osteochondrose und Diskusprotrusion mit mittelgradiger Spinalkanalstenose dokumentiert worden. An den Iliosakralgelenken lägen degenerative Veränderungen vor, während diese an den Kniegelenken fehlten. In Anbetracht des klinisch objektiv ansonsten weitgehend blanden Befundes werde gemäss überzeugender Einschätzung des Gutachters auf die Anfertigung neuer Bilddokumente verzichtet. Auch die Feststellung von Dr. med. I.\_\_\_\_, wonach sich die ubiquitär beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls klar begründen liessen, leuchtet ein. So sei gemäss dem orthopädischen Gutachter ein gewisser Leidensdruck bei Degeneration des thorakolumbalen Überganges einerseits sowie angesichts der Protraktionsfehlhaltung im Nacken- und Schulterbereich andererseits durchaus nachvollziehbar, kaum aber die übrige Symptomatik. Nicht zuletzt aufgrund der erheblichen Inkonsistenzen sei daher von einer massiven nicht-organischen Beschwerdekomponekte auszugehen (IV-Nr. 34.2 S. 45). Es vermag daher auch die anschliessende gutachterliche Diagnosestellung eines «chronischen panvertebralen Schmerzsyndroms (ICD-10 M54.80 / Z98.8)» mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einzuleuchten. In diesem Zusammenhang überzeugen ferner die durch den orthopädischen Gutachter ausgewiesenen Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund reduzierter Leistung wegen eines vermehrten Pausenbedarfes, wobei das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 10 kg ebenso

wie der wiederholte Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb Schulterniveaus vermieden werden sollten (IV-Nr. 34.2 S. 47). Dies schlägt sich in einer auf 70 % geschätzten Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Reinigungstätigkeit nieder. In Bezug auf die vorangehenden medizinischen Akten sind – wie nachfolgend darzulegen ist – keine den gutachterlichen Einschätzungen widersprechenden ärztlichen Beurteilungen ersichtlich: Die von Dr. med. I. \_\_\_ im orthopädischen Teilgutachten ausgewiesene Schmerzproblematik im Rücken der Beschwerdeführerin («chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom») wird durch Dr. med. J. \_\_\_, FMH Physikalische Medizin, Rehabilitation und Rheumatologie, bestätigt. So wies er in seinen Berichten vom 11. März 2014, 13. Juli 2017 und 7. September 2019 jeweils ein «lumbospondylogenes Syndrom links» und eine «Cervikobrachialgie links mit Verdacht auf ein linksseitiges radikuläres Reizsyndrom C7 bei foraminale Stenose C6/7 links (etwas geringer C5/6) mit möglicher C7-Wurzel-Reizung», aus (IV-Nr. 6 S. 16 ff., 42 f.). Die Schmerzsituation im Rücken der Beschwerdeführerin geht auch aus dem Bericht von Dr. med. K. \_\_\_, FMH Rheumatologie und Innere Medizin, vom 23. August 2019 hervor (IV-Nr. 6 S. 47 f.). So diagnostizierte er erstmals chronische unspezifische fibromyalgische Schmerzen unter Betonung der linken Körperhälfte. Bei freier Beweglichkeit der zervikalen, thorakalen und lumbalen Wirbelsäule fehlten radikuläre Reizzeichen oder Hinweise für eine Polyneuropathie. Die empfohlene Therapie bestehe in Aktivität (10'000 Schritte täglich), Entspannungstechniken (z.B. Yoga), Schmerzmittel und Antidepressiva, wobei sich die Beschwerdeführerin Letzteres noch überlegen müsse. Der orthopädische Gutachter Dr. med. I. \_\_\_ hielt diesbezüglich fest, es sei dieser Einschätzung nicht zuletzt aufgrund der heutigen Untersuchung dezidiert zu folgen. Ähnlich äusserte er sich auch in Bezug auf die im Sprechstundenbericht vom 10. Dezember 2019 der Orthopädie des Spitals E. \_\_\_ vom 9. Dezember 2019 (IV-Nr. 6 S. 45 f.) festgehaltene Einschätzung, wonach eine operative Therapie «in einem solchen Fall nicht indiziert» sei und eine MRI keine zusätzlichen Informationen liefern könne (IV-Nr. 34.2 S. 46). Am 13. Mai 2020 wies Dr. med. L. \_\_\_, Leitender Arzt, Wirbelsäulenchirurgie, Spital E. \_\_\_ (IV-Nr. 6 S. 53 f.), eine linksseitige Zervikobrachialgie bei klinisch fehlenden Zeichen für Myelopathie, Ataxie und motorisches Defizit nach. Es hätten «diverse Schmerzen im Bereich der linken Schulter / Arm» vorgelegen, wobei eine «genauere Differenzierung klinisch so nicht möglich» gewesen sei. Aufgrund der anschliessend durchgeführten, bildgebenden Untersuchungen wurde im Sprechstundenbericht vom 1. Juli 2020 (IV-Nr. 6 S. 49 f.) eine hochgradige foraminale Stenose HWK6/7, geringer HWK5/6 und noch weniger HWK4/5, jeweils der linken Seite sowie fortgeschrittene Osteochondrosen dieser Segmente festgestellt. Am 3. Dezember 2020 erfolgte sodann ein komplikationsloser operativer Eingriff (vgl. IV-Nr. 6 S. 32 f.). Im Bericht vom 28. Januar 2021 wurden die nach wie vor bestehenden diffusen Schmerzen der Wirbelsäule mit der Fibromyalgie in Zusammenhang gebracht (IV-Nr. 14 S. 6 f.) und eine rheumatologische Beurteilung empfohlen. Dr. med. L. \_\_\_ hielt sodann im Bericht vom 22. Dezember 2021 (IV-Nr. 34.3 S. 11 f.) fest, die Beschwerdeführerin berichte von einer unveränderten Schmerzsymptomatik. Aufgrund der durchgeführten MRI der LWS mit stationärem Befund der Diskushernie BWK 12 / LWK 1 mit mässiggradiger Stenosierung des Spinalkanals bestehe weiterhin keine Indikation zur operativen Versorgung. In einem Jahr sollte wieder eine MRI-Kontrolle erfolgen. Gestützt auf diese Ausführungen kann die Beurteilung von Dr. med. I. \_\_\_, wonach diese Einschätzungen als ungewöhnlich angesehen werden müssten, gefolgt werden: So erschliesse sich die Indikation zum zervikal durchgeführten Eingriff aus den Berichten keinesfalls, und es werde erst nach frustriertem

postoperativem Verlauf auf eine nicht-organische Beschwerdekomponekte geschlossen. Die Einschätzungen von Dr. med. L.\_\_\_\_ betreffend das weitere Vorgehen vermögen somit nicht zu überzeugen. Insgesamt wird der Beweiswert des orthopädischen Teilgutachtens durch die medizinischen Vorakten nicht vermindert.

4.1.4 Die im neurologischen Teilgutachten von Dr. med. M.\_\_\_\_ vom 11. Januar 2022 (IV-Nr. 34.2 S. 51 ff.) ausgewiesene Diagnose «HWS-Syndrom (ICD-10 M53.1)» ist aufgrund der bei der Untersuchung erhobenen Befunde (Kein Meningismus, unauffällige aktive Kopfbewegungen, Rotation beidseits bis 70 ° durchgeführt, Kopfbeugung vollständig, Nackenmuskulatur mässig verspannt, als sehr druckempfindlich bezeichnet, wie auch Nervenaustrittspunkte des Nervus occipitalis und alle drei Trigeminiäste beidseits als druckempfindlich bezeichnet werden, ebenso wie Supraklavikulargruben, Schultergelenke und dorsal weiter kaudal der mediale Skapularand beidseits. Keine Gefässgeräusche über den Karotiden, Herzaktion regelmässig) nachvollziehbar (IV-Nr. 34.2 S. 53). Daher vermögen auch die weiteren gutachterlichen Einschätzungen zu überzeugen, wonach Einschränkungen von Seiten der HWS-Beweglichkeit angenommen würden, dies jedoch orthopädisch näher zu beurteilen sei, und der Beschwerdeführerin Überkopparbeiten nicht mehr zumutbar seien. Gestützt auf die bei der gutachterlichen Untersuchung erhobenen, sich als weitgehend unauffällig präsentierenden Befunde (IV-Nr. 34.2 S. 53), ist auch die weitere gutachterliche Darlegung schlüssig, wonach die motorischen, sensorischen und kognitiven Fähigkeiten, letztere auf niedrigem Niveau, erhalten seien (IV-Nr. 34.2 S. 55). Unter diesen Umständen ist der auf 80 % geschätzte Umfang der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit nachvollziehbar (IV-Nr. 34.2 S. 55). Da sich in den medizinischen Vorakten keine Arztberichte von auf das medizinische Fachgebiet der Neurologie spezialisierten Fachärzten finden, wird der Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens durch die Vorakten nicht in Frage gestellt.

4.1.5 Die medizinischen Vorakten vermögen das beweismässige Gutachten der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ insgesamt nicht zu schmälern.

4.2 Es ist im Nachfolgenden zu prüfen, ob allenfalls die nach dem polydisziplinären Gutachten der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ vom 30. März 2022 verfassten medizinischen Berichte dessen Beweiswert zu verringern vermögen.

4.2.1 Dr. med. N.\_\_\_\_, Leitender Arzt Orthopädie, Spital E.\_\_\_\_, wies im Bericht vom 29. Januar 2022 (Beschwerdebeilage Nr. 11) die Diagnose einer «Fasziitis plantaris beidseits, Erstdiagnose 27. Januar 2022» aus, die konservativ mittels Dehnungs- und Kräftigungsübungen sowie einer Nachtlagerungsschiene während dreier Monate therapiert werden sollte. Sollten sich die Beschwerden nicht verbessern, sei eine Kortisoninfiltration möglich. Bereits im Rahmen des orthopädischen Teilgutachtens bei der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ klagte die Beschwerdeführerin u.a. über in die unteren Extremitäten erfolgte Schmerzausstrahlungen aktuell nur links, was grossflächig über den anterolateralen Oberschenkel diffus zur Fusssohle angegeben werde (IV-Nr. 34.2 S. 40). Der orthopädische Gutachter Dr. med. I.\_\_\_\_ beurteilte dies wie folgt: Die Beschwerdeführerin beklage neben psychosozialen Beschwerden unerträgliche Schmerzen zwischen Nacken und Sakrum samt Ausstrahlung in Kopf, linke Fusssohle und sämtliche Abschnitte der oberen Extremitäten. Die Symptomatik habe bis vor drei Jahren jeweils gebessert und nehme nun unablässig zu (IV-Nr. 34.2 S. 44). Folglich sind bei der Beschwerdeführerin bereits im Zeitpunkt der polydisziplinären Begutachtung vom 30. März 2022 Beschwerden an den Fusssohlen links dokumentiert. Somit besteht die gesundheitliche Veränderung bis zum Bericht von Dr. med. N.\_\_\_\_ vom 29. Januar 2022 im Wesentlichen darin, dass die Beschwerden an den Fusssohlen nun beide Füsse betreffen. Da sich die beiden auf das hier im Zentrum stehende medizinische Fachgebiet der Orthopädie spezialisierten Fachärzte Dres. med. I.\_\_\_\_ und

N.\_\_\_\_ jedoch darin einig sind, dass sich diese Beschwerden an den Fusssohlen nicht auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirken, vermag der Bericht vom 29. Januar 2022 den Beweiswert des orthopädischen Teilgutachtens nicht zu schmälern. 4.2.2 Dr. Dr. med. O.\_\_\_\_, Oberarzt, Departement Orthopädie, Spital E.\_\_\_\_, wies im Sprechstundenbericht vom 20. Juni 2023 (Beschwerdebeilage Nr. 19) die Hauptdiagnosen «Tractus iliotibialis Syndrom und Bursitis trochanterica links» sowie einen «Verdacht auf schmerzhafte L3 Radikulopathie links» aus. Dabei wurde auch der MRT-Bericht des linken Kniegelenks vom 11. Mai 2023 mit einbezogen (Beschwerdebeilage Nrn. 13, 20). Das Ergebnis des bildgebenden Verfahrens wurde von Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt FMH Radiologie, wie folgt beurteilt: Diskoider lateraler Meniskus. Kleinvolumiger Erguss. Reizreaktion am Verlauf vom Pes anserinus. Kleinvolumige Baker-Zyste. Keine Knorpelläsion. Dr. Dr. med. O.\_\_\_\_ hielt fest, dass klinisch v.a. eine Reizung des Tractus iliotibialis sowie ein Bursitis trochanterica bestünden und bei Femoralgie und Kribbelparästhesien der Verdacht auf eine L3-Radikulopathie bestehe, welche auch die Knieschmerzen erklären könne. Bezüglich der lediglich als «Verdachtsdiagnose» und somit nicht als gesicherte Diagnose ausgewiesenen Radikulopathie wurde festgehalten, es sei nächste Woche eine Wirbelsäulensprechstunde geplant. Da folglich die entsprechende vorläufige Diagnosestellung (noch) nicht gesichert ist, ist an dieser Stelle nicht weiter darauf einzugehen. Es kann indes darauf hingewiesen werden, dass die Beschwerdeführerin auch bereits im Rahmen der Begutachtung durch die Gutachterstelle C.\_\_\_\_ vom 30. März 2022 von grossflächigen, über den anterolateralen Oberschenkel diffus zur Fusssohle bestehende, Schmerzausstrahlungen berichtet hat (IV-Nr. 34.2 S. 40). Somit sind bereits im Zeitpunkt der polydisziplinären Begutachtung Beschwerden im Bereich des Oberschenkels dokumentiert. Demnach ist davon auszugehen, dass die im Bericht vom 20. Juni 2023 durch die Beschwerdeführerin beklagten Schmerzen im Bereich der Knie / Oberschenkel bereits seit Jahren bestehen. Deshalb ist nicht von einer wesentlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit dem Gutachten vom 30. März 2022 auszugehen. 4.2.3 Es ist auf das von Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, im Bericht vom 7. November 2022 (Beschwerdebeilage Nr. 14) erstmals diagnostizierte «leichte sensible Karpaltunnelsyndrom links» einzugehen, bei dem unter konsequenter Therapie zumindest von einer vorübergehenden Restitutio ad integrum auszugehen sei. Dies wurde sodann mit Bericht vom 17. Mai 2023 (Beschwerdebeilage Nr. 16) bestätigt, indem Dr. med. D.\_\_\_\_ festhielt, es sei weiterhin ein leichtes sensibles Karpaltunnelsyndrom links vorhanden, das im Vergleich zum 7. November 2022 im Wesentlichen unverändert sei. Da die Beschwerdeführerin von einer CTS-Operation nicht profitieren würde, empfahl Dr. med. D.\_\_\_\_ diesbezüglich Zurückhaltung. Anlässlich der polydisziplinären Begutachtung bei der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ gab die Beschwerdeführerin an, die Gefühlsstörungen in den Händen hätten sich nach dem operativen Eingriff vom Oktober 2019 gebessert (IV-Nr. 34.2 S. 29, 40, 45, 52). Dennoch seien ihr wegen den Einschränkungen in den Händen Tätigkeiten wie Zeichnen, Stricken, Nähen und Häkeln, denen sie früher gerne nachgegangen sei, nicht mehr möglich (IV-Nr. 34.2 S. 31, 41). In diesem Zusammenhang wurde im Rahmen der orthopädischen gutachterlichen Untersuchung auch ein beidseits massiv abgeschwächter Händedruck (IV-Nr. 34.2 S. 43, 53) festgestellt und angegeben, die Beschwerdeführerin habe ein beidseitiges Einschlafen an den Händen beklagt (IV-Nr. 34.2 S. 53). Unter diesen Umständen ist somit einerseits davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin bereits im Zeitpunkt der polydisziplinären Begutachtung eine gesundheitliche Problematik im Bereich der Hände vorgelegen hat. Andererseits erscheint

auch überwiegend wahrscheinlich, dass das durch die Beschwerdeführerin im Rahmen des Gutachtens beklagte Einschlafen der Hände dem durch Dr. med. D.\_\_\_\_ ausgewiesenen CTS entspricht. Somit wird der Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ durch die Berichte von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 7. November 2022 und 17. Mai 2023 nicht geschmälert.

4.2.4 In den Sprechstundenberichten des Spitals E.\_\_\_\_, Klinik für Wirbelsäulen Chirurgie, vom 26. Januar 2023 und 26. Juni 2023 (Beschwerdebeilage Nrn. 12, 17 f.) finden sich im Vergleich mit den Vorakten keine neuen Diagnosestellungen. So wurden die ausgewiesenen Hauptdiagnosen «Zustand nach HWS-Fusion C5 – C7 am 23. Oktober 2020» sowie «Diskusprolaps und Osteochondrose im Segment BWK 12/LWK 1 mit mässiggradiger Stenosierung des Spinalkanals» bereits im Gutachten der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ vom 30. März 2022 dem «chronischen panvertebralen Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.80 / Z98.8) mit im Vordergrund stehendem HWS-Syndrom (ICD-10 M53.1)» untergeordnet (IV-Nr. 34.2 S. 9). Es ist somit nicht weiter darauf einzugehen. Der Beweiswert des Gutachtens der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ vom 30. März 2022 wird nicht verringert.

4.2.5 Im Notfallbericht vom 13. Januar 2023 der Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie des Spitals E.\_\_\_\_ (Beschwerdebeilage Nr. 21) wurde im Wesentlichen festgehalten, dass die Beschwerdeführerin wegen der seit 11. Januar 2023 bestehenden Hypermenorrhoe notfallmässig vorstellig geworden sei. Es sei deshalb und auch wegen des hoch aufgebauten Endometriums eine Therapie mit Primolut indiziert worden. Unter diesen Umständen ist davon auszugehen, dass sich die bei der Beschwerdeführerin festgestellte Menstruationsstörung medikamentös behandeln lässt. Dem Bericht ist zudem weder eine substantiierte Auseinandersetzung mit dieser Diagnosestellung noch ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu entnehmen. Inwiefern sich aus dem Notfallbericht vom 13. Januar 2023 eine erhebliche gesundheitliche Verschlechterung der Beschwerdeführerin ergeben soll, ist nicht ersichtlich und wird durch die Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht.

4.2.6 Somit vermögen die zeitlich nach dem Gutachten der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ erstatteten medizinischen Akten dessen Beweiswert nicht in Frage zu stellen.

4.3 Nachfolgend ist auf die durch die Beschwerdeführerin gegen das grundsätzlich beweiswertige Gutachten der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ vom 30. März 2022 vorgebrachten Einwände einzugehen:

4.3.1 Die Beschwerdeführerin stellt sich zum einen auf den Standpunkt, auf das Gutachten der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ könne schon aus formellen Gründen nicht abgestellt werden. So sei aufgrund der mehrfachen Gutachterüberschneidung (Dr. med. I.\_\_\_\_, Dr. med. M.\_\_\_\_ und weitere, hier nicht beteiligte Gutachterpersonen) das Zufallsprinzip im Sinn eines Verfahrenskorrektivs nach BGE 137 V 210 ff. und damit der Anspruch der Beschwerdeführerin auf ein faires Verfahren nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK verletzt worden (A.S. 31). Diesbezüglich kann zunächst festgehalten werden, dass der im vorliegenden Gutachten involvierte, neurologische Gutachter Dr. med. [...] M.\_\_\_\_ nicht – wie von der Beschwerdeführerin vorgebracht – bei der Gutachterstelle [...] tätig ist. So handelt es sich beim dort tätigen neurologischen Gutachter um Dr. med. [...] Q.\_\_\_\_ (<https://www.zimb.ch/aerzte/neurologie/>, zuletzt besucht am 21. November 2024).

Entsprechende Ausführungen sind auch der Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 28. Juni 2023 (A.S. 47) zu entnehmen. Dem diesbezüglichen Vorbringen der Beschwerdeführerin kann somit nicht gefolgt werden. Im Weiteren kann darauf hingewiesen werden, dass die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin am 23. November 2021 (IV-Nr. 30) korrekterweise die Namen der Gutachterpersonen (Dres. med. F.\_\_\_\_, M.\_\_\_\_, H.\_\_\_\_, I.\_\_\_\_) zur Stellungnahme unterbreitet hat. Da die Beschwerdeführerin in der Folge innert Frist

keine Einwendungen gegen diese geltend gemacht hat, ist nicht zu beanstanden, dass entsprechenden Gutachterpersonen im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung eingesetzt worden sind. Die Beschwerdeführerin hätte somit bereits zu einem früheren Zeitpunkt Gelegenheit gehabt zu beanstanden, dass bei den Gutachterpersonen unzulässige Überschneidungen mit anderen Gutachterstellen bestehen würden. So sind Einwendungen nach Treu und Glauben denn auch möglichst bald zu erheben, damit diese bereits im Vorfeld der Begutachtung geklärt werden können. Folglich ist der Anspruch auf Anrufung dieser Verfahrensgarantie im vorliegenden Beschwerdeverfahren bereits verwirkt. Daran ändert auch der von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Umstand nichts, dass sie erst nach der erfolgten Begutachtung anwaltlich vertreten war (A.S. 33). Im Rahmen der öffentlichen Verhandlung vom 13. November 2024 stellt sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, es habe zwischen den einzelnen Gutachterpersonen keine Konsensbesprechung stattgefunden (vgl. Protokoll, A.S. 104 f.). Dem kann indes nicht gefolgt werden. So ist dem Gutachten unter dem Titel «Angaben zur Entstehung des Konsenses» (IV-Nr. 34.2 S. 12) zu entnehmen, wie die Gutachterstelle C.\_\_\_\_ in Bezug auf den Konsens unter den beteiligten Gutachterpersonen verfährt bzw. wie das diesbezügliche Vorgehen konkret aussieht. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die gutachterlichen Ausführungen unter dem Titel «interdisziplinäre Konsensbeurteilung» (IV-Nr. 34.2 S. 7 ff.) diesen Vorgaben entsprechen und somit auf einem Konsens sämtlicher beteiligter Gutachterpersonen beruhen. Der Vertreter der Beschwerdeführerin bringt weiter vor, dass das Gutachten der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ nicht unterschrieben worden sei (vgl. Protokoll vom 13. November 2023, A.S. 104 f.). Zutreffend ist, dass dem Gutachten keine eigenhändigen Unterschriften der Gutachterpersonen zu entnehmen sind. Wie jedoch Dr. med. R.\_\_\_\_, Ärztliche Leitung der Gutachterstelle C.\_\_\_\_, in seinem Schreiben vom 30. März 2022 (IV-Nr. 34.1 S. 1) festgehalten hat, wurde das Gutachten elektronisch signiert. So verbürgten sich die Gutachterstelle und ihr Leiter dafür, dass alle elektronischen Signaturen in personam von den beteiligten Gutachterinnen und Gutachtern vorgenommen worden sind. Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden, da eine handschriftliche oder zumindest elektronisch verschlüsselte Unterschrift – wie hier somit der Fall – genügt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_424/2018 vom 18. Oktober 2018).

4.3.2 Die Beschwerdeführerin lässt weiter vorbringen (A.S. 34), dass sich im orthopädischen Teilgutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_ kein eigentliches Zumutbarkeitsprofil resp. keine Aussage dazu finde, welche Arbeitsschwere und Körperhaltungen noch möglich seien. Diesen Ausführungen kann nicht gefolgt werden. So ist dem orthopädischen Teilgutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_ in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit zu entnehmen, dass in der durch die Beschwerdeführerin zuletzt ausgeübten Reinigungstätigkeit aufgrund der heutigen Untersuchung seit dem, am 23. Oktober 2020 durchgeführten Wirbelsäuleneingriff von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten auszugehen sei. Spätestens sechs Monate postoperativ sei dagegen eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bei ganztägigem Pensum gegeben. Die um 30 % reduzierte Leistung bestehe aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfes. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sollte dabei ebenso wie der wiederholte Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb Schulterniveaus vermieden werden. Für körperlich sehr leichte, immer wieder auch sitzende Verrichtungen unter Wechselbelastung bestehe aufgrund der heutigen Untersuchung eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 5 kg sowie der wiederholte Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb Schulterniveaus sollten dabei ebenso wie die Einnahme von Zwangshaltungen des

Kopfes und des Rumpfes vermieden werden (IV-Nr. 34.2 S. 47 f.). Der in diesem Zusammenhang von der Beschwerdeführerin vorgebrachte Hinweis auf die einschlägigen Begutachtungsleitlinien der Deutschen Rentenversicherung (Hrsg., A.S. 34) erweist sich als nicht weiterführend. So ist insbesondere nicht ersichtlich, inwiefern diese abstrakten Leitlinien für das vorliegende Verfahren «einschlägig» sein sollen. Dies wird von der Beschwerdeführerin auch nicht begründet. Zudem war dem Gutachter Dr. med. I. \_\_\_ der operative Eingriff vom 23. Oktober 2020 und somit die mehrsegmentale Fusion / Spondylodese HWK 5/6/7 durchaus bekannt, da er diese bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin angemessen berücksichtigte. So schätzte er die Beschwerdeführerin zunächst während sechs Monaten postoperativ als zu 100 % arbeitsunfähig ein. 4.3.3 Die Beschwerdeführerin rügt ferner, das psychiatrische Teilgutachten sei nicht beweiskräftig, da es die für die Indikatorenprüfung erforderlichen Feststellungen nicht enthalte (A.S. 35). Da im grundsätzlich beweismässigen psychiatrischen Teilgutachten eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in überzeugender Weise verneint wird, kann auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (vgl. E. II. 4.1.2 am Schluss). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ist somit im vorliegenden Fall für den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens unerheblich, ob die für die Indikatorenprüfung erforderlichen Angaben im entsprechenden Teilgutachten enthalten sind. Die Beschwerdeführerin bringt sodann vor, es fehlten im psychiatrischen Gutachten in Bezug auf die Persönlichkeitsproblematik abschliessende und verbindliche Feststellungen (A.S. 35). So orientiere sich die Diagnose «impulsive und abhängige Persönlichkeitszüge» nicht am ICD-10-Klassifikationssystem und es fehle eine biographische Diagnostik für die Persönlichkeitsentwicklung und -struktur. Diesen Ausführungen kann nicht gefolgt werden. So weist der psychiatrische Gutachter u.a. die Diagnose «impulsive und abhängige Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)» aus, welche sich somit – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin – durchaus am ICD-10-Klassifikationssystem orientiert. Diese gutachterliche Diagnosestellung ist zudem aufgrund der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin nachvollziehbar. So habe sie u.a. berichtet, sich schnell aufzuregen, auch zu schreien und sich schlecht wehren zu können (IV-Nr. 34.2 S. 34). Gemäss Dr. med. H. \_\_\_ könnten daher emotional instabile und abhängige Persönlichkeitszüge diagnostiziert werden. Auch die weitere Beurteilung des psychiatrischen Gutachters, wonach die festgestellten impulsiven und abhängigen Persönlichkeitszüge die Arbeitsfähigkeit nicht einschränkten, da die Beschwerdeführerin trotz dieser akzentuierten Persönlichkeit während Jahren in der Lage gewesen sei, gute Arbeitsleistungen zu erzielen, leuchtet ein. Obschon in den vorliegenden Akten keine Arbeitszeugnisse dokumentiert sind, bestehen für die Annahme einer «guten Arbeitsleistung» hinreichende Anhaltspunkte. So habe die Beschwerdeführerin bei der psychiatrischen Exploration angegeben, sie sei 2010 in die Schweiz eingereist und habe hier immer in der Reinigung gearbeitet, maximal in einem 78%-Pensum. Bei der Arbeit habe sie dann im Juni 2019 eine Blockade erlitten. Seither habe sie nicht mehr gearbeitet (IV-Nr. 34.2 S. 30). Ähnliche Angaben finden sich auch im Rahmen der allgemeininternistischen gutachterlichen Exploration. So wurde dort festgehalten, die Beschwerdeführerin sei 2012 in die Schweiz eingereist und habe hier von Mai 2013 bis Mai 2015 als Reinigungsmitarbeiterin zu circa 20 – 30 % gearbeitet. Von Juli 2015 bis Februar 2016 habe sie zu zirka 30 % ebenfalls als Reinigungsmitarbeiterin für die Firma S. \_\_\_ in [...] gearbeitet. Vom 5. August 2016 bis zum 30. Juni 2019 sei sie zu circa 75 % als Reinigungskraft für die Firma T. \_\_\_ tätig gewesen und habe daneben von Januar 2018 bis

Juli 2019 fünf Tage pro Woche drei Stunden pro Tag für die Firma U.\_\_\_\_ als Reinigungsmitarbeiterin gearbeitet (Reinigung von Arztpraxis / Privatklinik; IV-Nr. 34.2 S. 23). In diesem Zusammenhang ging der psychiatrische Gutachter Dr. med. H.\_\_\_\_ sodann auch auf die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ein, die er in überzeugender Weise verneinte: So habe die Beschwerdeführerin in ihrer Heimat während 30 Jahren als Putzfrau und in der Landwirtschaft gearbeitet und sei auch in der Schweiz als Putzfrau tätig gewesen. Da sie dabei keine nennenswerten Probleme gehabt habe, liege keine Persönlichkeitsstörung vor. 4.3.4 Das Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach das Gutachten der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ vom 30. März 2022 im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 14. Februar 2023 bereits

### **E. 13**

Monate alt gewesen sei und daher keine Gewähr dafür bestehe, dass sich die Ausgangslage gewandelt habe (A.S. 35), läuft ins Leere. So sind – wie unter E. II. 4.2 hiervor dargelegt – den vorliegenden Akten gerade keine Anhaltspunkte zu entnehmen, die auf einen seit der Erstellung des polydisziplinären Gutachtens vom 30. März 2022 wesentlich veränderten Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin schliessen lassen. 4.3.5 Im Rahmen der öffentlichen Verhandlung vom 13. November 2024 stellt sich der Vertreter der Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, dass im Zeitpunkt der Begutachtung durch die Gutachterstelle C.\_\_\_\_ keine aktuelle MRI der HWS vorgelegen habe und das Gutachten somit ungenügend sei (vgl. Protokoll der öffentlichen Verhandlung, A.S. 104 f.). Gemäss den rheumatologischen Guidelines könne bei progredienten Leiden an der Wirbelsäule, wie dies bei der Beschwerdeführerin der Fall sei, auf eine MRI-Abklärung, die vor mehr als sechs Monaten durchgeführt worden sei, nicht abgestellt werden. In Bezug auf die bildgebenden Verfahren erhellt aus den vorliegenden Akten, dass sowohl am 14. Januar 2021 als auch am 25. November 2021 je eine Röntgenaufnahme der HWS erfolgt ist (IV-Nrn. 34.3 S. 4, 8), wobei letztere wie folgt beurteilt wurde: Stationäres Material nach ACDF C5 – C7 und progrediente Kyphosierung der oberen HWS. Im Sprechstundenbericht der Wirbelsäulenchirurgie vom 30. November 2021 des Spitals E.\_\_\_\_ (IV-Nr. 34.32 S. 6 f.) wurde zudem Folgendes festgehalten: In der heute durchgeführten Röntgenaufnahme der HWS zeige sich hier der Zustand nach oben genannter HWS-Fusion bei weiterhin korrekt einliegenden Implantaten ohne Zeichen einer Dislokation oder Lockerung, keine höhergradige epifusionale Degeneration. Unter dem Titel «Procedere» wurde im Weiteren u.a. dargelegt, dass aktuell seitens der HWS kein Therapiebedarf bestehe und bezüglich der LWS im nächsten Jahr eine Verlaufskontrolle mittels MRI zur Beurteilung der Diskushernie stattfinden sollte. Am 30. November 2021 fand eine MRI der LWS statt (vgl. IV-Nr. 34.3 S. 9). Die entsprechenden Berichte der durchgeführten bildgebenden Verfahren lagen den Gutachtern der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ vor (IV-Nr. 34.2 S. 43 f.). So hielt der orthopädische Gutachter Dr. med. I.\_\_\_\_ im Rahmen der «Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität» u.a. fest, dass auf radiologischer Ebene an der Wirbelsäule zervikal regelrechte lokale Verhältnisse nach Spondylodese und auf Höhe des thorakolumbalen Überganges eine Osteochondrose und Diskusprotrusion mit mittelgradiger Spinalkanalstenose dokumentiert seien. An den Iliosakralgelenken lägen degenerative Veränderungen vor, während diese an den Kniegelenken fehlten. Er hielt sodann weiter fest, dass in Anbetracht des klinisch objektiv ansonsten weitgehend blanden Befundes auf die Anfertigung neuer Bilddokumente verzichtet werde (IV-Nr. 34.2 S. 45; vgl. auch E. II. 4.1.3 hiervor). Somit hat sich der orthopädische Gutachter mit der vorliegenden bildgebenden Diagnostik auseinandergesetzt und nachvollziehbar begründet, weshalb er auf

die Durchführung weiterer Bilddokumente verzichtet. Da der Entscheid, welche Untersuchungen zur Beurteilung eines medizinischen Sachverhaltes im konkreten Fall notwendig sind, stets im Ermessen der jeweiligen Gutachterperson liegt und sich in den vorliegenden medizinischen Akten keine widersprüchlichen Angaben finden, ist der hier zur Diskussion stehende Verzicht auf weitere bildgebende Untersuchungen nicht zu beanstanden. Auch die von der Beschwerdeführerin erwähnten rheumatologischen Guidelines (vgl. Protokoll, A.S. 104 f.) wurden eingehalten. So erfolgten sowohl die jüngsten Röntgenuntersuchungen der HWS als auch die jüngste MRI-Untersuchung der LWS im November 2021 (vgl. IV-Nr. 34.3 S. 8 f.) und die Untersuchungen der C.\_\_\_\_-Experten im Januar 2022 (vgl. IV-Nr. 34.2 S. 5). Somit wurde die von der Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang vorgebrachte Sechsmonatsfrist eingehalten.

4.4 Zusammenfassend vermögen somit auch die Vorbringen der Beschwerdeführerin den Beweiswert des Gutachtens der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ vom 30. März 2022 nicht zu schmälern. Dieses geniesst somit vollen Beweiswert. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 14. Februar 2023 (A.S. 1 ff.) in medizinischer Hinsicht auf dieses abgestellt hat. Es kann somit auch auf das im polydisziplinären Gutachten formulierte Profil betreffend die Arbeitsfähigkeit abgestützt werden: Demnach habe die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit Mai 2021 in der bisherigen Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin aufgrund einer Leistungseinschränkung wegen vermehrten Pausenbedarfs 70 % betragen. Zuvor habe die Arbeitsfähigkeit ab Februar 2020 50 % und ab Oktober 2020 0 % betragen. In einer körperlich sehr leichten, immer wieder auch sitzend zu verrichtenden Tätigkeit unter Wechselbelastung, wobei das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 5 kg sowie der wiederholte Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb Schulterniveaus wie die Einnahme von Zwangshaltungen des Kopfes und des Rumpfes vermieden werden sollten, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (IV-Nr. 34.2 S. 9 f.).

5. Umstritten ist sodann die Statusfrage – also die Frage, ob und bejahendenfalls in welchem Pensum die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall ausserhäuslich gearbeitet hätte.

5.1 Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztätig, zeitweilig oder gar nicht erwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was diese bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen (BGE 125 V 146 E. 2c S. 150; AHI 1997 S. 289 E. 2b). Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen (BGE 137 V 334 E. 3.2 S. 338, 117 V 194 E. 3b S. 194 f. mit Hinweis). Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist. Dies erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch hypothetische Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat. Derlei ist einer direkten Beweisführung wesensgemäss nicht zugänglich und muss in aller

Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_161/2019 vom 28. Juni 2019 E. 5.2). 5.2 Im Zusammenhang mit der strittigen Statusfrage sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang: 5.2.1 Im Rahmen der Anmeldung zum Leistungsbezug vom 22. Dezember 2020 (IV-Nr. 3) gab die Beschwerdeführerin an, vom 1. Mai 2013 bis 1. Mai 2015 als Reinigungsmitarbeiterin in einem Arbeitspensum von 30 % bei V.\_\_\_\_, [...], angestellt gewesen zu sein und ein Bruttoeinkommen von CHF 360.00 erzielt zu haben. Von 5. August 2016 bis 30. Juni 2019 sei sie als Reinigungsmitarbeiterin sodann in einem Pensum von 76 % beschäftigt gewesen. 5.2.2 Dem Auszug aus dem individuellen Konto der Ausgleichskasse des Kantons [...] (IK-Auszug) vom 11. Januar 2021 (IV-Nr. 7) lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin von Mai 2013 bis Dezember 2014 bei V.\_\_\_\_, [...], gearbeitet und dabei insgesamt ein Einkommen von CHF 7'582.00 erzielt hat. Im Jahr 2015 war die Beschwerdeführerin sodann von Januar bis Mai 2015 weiterhin bei V.\_\_\_\_ (CHF 2'021.00) und von August bis September 2015 bei der Firma S.\_\_\_\_, [...], beschäftigt, wo sie CHF 1'370.00 erwirtschaftete. Von Januar bis Dezember 2016 verdiente die Beschwerdeführerin sodann bei der Firma W.\_\_\_\_, [...], CHF 1'890.00. Von Februar bis März 2016 und von August bis Dezember 2016 erzielte sie bei der Firma T.\_\_\_\_ CHF 10'889.00, im Jahr 2017 total CHF 15'362.00 und im Jahr 2018 CHF 11'558.00. Zudem arbeitete sie von Juni bis Oktober 2018 bei der Firma U.\_\_\_\_, [...], mit einem Einkommen von CHF 4'427.00, und im Oktober 2018 bei der Firma S.\_\_\_\_, [...] (CHF 1.00). Im Jahr 2019 verdiente die Beschwerdeführerin sodann insgesamt CHF 11'338.00 (bei der Firma T.\_\_\_\_ von Januar bis Dezember 2019: CHF 8'338.00 und bei der Firma X.\_\_\_\_, [...], von Mai bis Dezember 2019: CHF 3'000.00). 5.2.3 Im Intake-Gespräch vom 19. Januar 2021 (IV-Nr. 11) gab die Beschwerdeführerin an, zuletzt von 5. August 2016 bis 30. Juni 2019 als Reinigungskraft (circa 75 % Pensum bei CHF 2'000.00 monatlich) für die Firma T.\_\_\_\_ in [...] gearbeitet zu haben. Die Kündigung sei aus gesundheitlichen Gründen (Rückenbeschwerden) durch den Arbeitgeber erfolgt. In der Vergangenheit habe sie hauptsächlich als Reinigungskraft gearbeitet. Sie habe die obligatorische Schule in [...] besucht und keinen Beruf erlernt. Ohne Gesundheitsschaden würde sie in einem Pensum von 100 % arbeiten. Sie sei verheiratet, habe zwei erwachsene Töchter (1993, 2003) und wohne zusammen mit ihrer jüngsten Tochter und seit Oktober 2020 mit ihrem Ehemann in einer Wohnung. Sie und ihr Ehemann möchten ihre langjährige Ehe «retten» und sich eine Chance geben. Wegen den starken Rückenbeschwerden werde der Haushalt vom Ehemann gemacht, sie selber koche täglich, sei aber beim Hantieren mit den Pfannen / Töpfen auf Hilfe angewiesen. Ihre jüngste Tochter befinde sich in der Lehre und ihre älteste Tochter sei bereits verheiratet. Ihr Ehemann gehe keiner Erwerbstätigkeit nach und sei ebenfalls beim Sozial-dienst angemeldet. Hobbys: Spazieren / Kochen. Die Beschwerdeführerin und ihr Ehemann hätten grosse finanzielle Sorgen. Es bestünden Krankenkassenschulden in unbekannter Höhe. 5.2.4 Im Situationsbericht vom 29. November 2022 hielt der Abklärungsfachmann Y.\_\_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin sei in der Schweiz erst seit Mai 2013 erwerbstätig. Zuvor sei sie in [...] während der Sommersaison Früchtepflückerin und im Winter Lagermitarbeiterin in einer Gemüsefabrik gewesen. Dass die Beschwerdeführerin von 2016 bis 2019 zu 75 % gearbeitet haben soll, sei aufgrund des IK-Zusammenrufs bei weitem nicht erhärtet. Das höchste erzielte Einkommen sei 2018 mit CHF 15'986.00 abgerechnet worden (erzielt bei drei Arbeitgebern der Reinigungsbranche). Gemäss Gesamtarbeitsvertrag (GAV) für die Reinigungsbranche 2018 – 2020 habe der minimale Lohn als Unterhaltsreinigerin I CHF 18.80 pro Stunde brutto und die wöchentliche Arbeitszeit 42 Stunden betragen. Dividiere man die 2018

abgerechneten CHF 15'986.00 mit CHF 18.80 ergebe dies 850,32 Jahresstunden. Bei einer Sollarbeitszeit von 1'974 Stunden pro Jahr entspreche dies einem Pensum von 43 %. Eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit werde seit 2020 attestiert. Die Beschwerdeführerin hätte also bereits viel früher mehr arbeiten können, denn ihre beiden Kinder mit Jahrgängen 1993 und 2003 seien schon seit mehreren Jahren selbstständig. Dass die Beschwerdeführerin heute zu 100 % arbeiten würde, wie im telefonischen Intake-Gespräch postuliert, sei nicht nachvollziehbar. Wohlwollend betrachtet könne man ihr im besten Fall 45 % zugestehen. Somit betrage der Status 45 % Erwerb : 55 % Aufgabenbereich Haushalt.

5.3 Gestützt auf diese Unterlagen ist Folgendes festzuhalten: Während sich die ungelernete Beschwerdeführerin auf den Standpunkt stellt, im Gesundheitsfall zu 100 % ausserhäuslich tätig zu sein, geht die Beschwerdegegnerin davon aus, die Beschwerdeführerin wäre nur zu maximal 45 % ausserhäuslich tätig. Was der Abklärungsfachmann hierzu in seinem Situationsbericht vom 29. November 2022 (vgl. E. II. 5.2.4 hiervor) ausgeführt hat, vermag zu überzeugen. So ist gerade mit Blick auf die im IK-Auszug vom 11. Januar 2021 (vgl. E. II. 5.2.2 hiervor) dokumentierten, seit 2016 erzielten Erwerbseinkommen davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bisher – jedenfalls seit ihrer Einreise in die Schweiz – nie eine 100%ige Erwerbstätigkeit ausgeübt hat. So kann der unter Heranziehung des «Gesamtarbeitsvertrages (GAV) für die Reinigungsbranche 2018 – 2020» vorgenommenen Einschätzung des Abklärungsfachmannes im Situationsbericht vom 29. November 2022 gefolgt werden. Gemäss dem «Gesamtarbeitsvertrag für die Reinigungsbranche in der Deutschschweiz 2018 bis 2020» (vgl. file:///C:/Users/bgogrjaa/Downloads/2018\_185001\_Reinigung\_DCH\_GAV\_d.pdf, zuletzt besucht am 21. November 2024) beträgt der Minimallohn in der Kategorie «Unterhaltsreinigung (Def. gem. Art. 4.1 GAV)» als Unterhaltsreinigerin I CHF 18.80, ab 2020 CHF 19.20 (Anhang 5). Bei einer «UnterhaltsreinigerIn I» handelt es sich gemäss Art. 4.1 GAV um eine Angestellte mit Reinigungsaufgaben in der Unterhaltsreinigung, welche die Anforderungen für «UnterhaltsreinigerIn II» (Angestellte mit Reinigungsaufgaben in der Unterhaltsreinigung, welche die anerkannte Weiterbildung der Paritätischen Kommission der Reinigungsbranche in der Deutschschweiz gemäss Art. 4.8 erfolgreich abgeschlossen haben) nicht erfüllt. Da sich in den vorliegenden Akten keine Anhaltspunkte betreffend eine entsprechende Weiterbildung der Beschwerdeführerin finden, ist sie der Kategorie «UnterhaltsreinigerIn I» zuzuordnen. Gemäss Art. 6.2 GAV beträgt die Wochenarbeitszeit für ein 100%-Pensum höchstens 42 Stunden. Damit erweist sich die vom Abklärungsfachmann für das Jahr 2018, in welchem die Beschwerdeführerin das höchste Einkommen erzielte, vorgenommene Berechnung des Arbeitspensums von total 43 % als nachvollziehbar und schlüssig: So erzielte die Beschwerdeführerin im Jahr 2018 ein Einkommen von total CHF 15'986.00 (vgl. E. II. 5.2.2. hiervor). Unter Berücksichtigung des Minimallohnes von CHF 18.80 entspricht dies insgesamt 850,32 Jahresstunden, was aufgrund einer Sollarbeitszeit von 1'974 Stunden pro Jahr einem Pensum von 43 % entspricht. Das von der Beschwerdeführerin anlässlich des Intake-Gespräches geäusserte Wunschpensum von 100 % ohne Gesundheitsschaden erscheint unter diesen Umständen nicht überwiegend wahrscheinlich.

5.4 Somit ist die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin bei voller Gesundheit einem ausserhäuslichen Arbeitspensum von (gerundet) 45 % nachgehen würde.

6. Es ist nachfolgend der von der Beschwerdegegnerin errechnete Invaliditätsgrad anhand der gemischten Berechnungsmethode unter Berücksichtigung des Einkommens-

und des Betätigungsvergleichs zu beurteilen. 6.1 Die Anmeldung zum Leistungsbezug der Beschwerdeführerin ging bei der Beschwerdegegnerin am 22. Dezember 2020 (IV-Nr. 3) ein. Der früheste Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG fällt somit auf den 1. Juni 2021. Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG war zu diesem Zeitpunkt bereits verstrichen (Beginn: 1. Februar 2020). Somit fällt der frühestmögliche Rentenbeginn auf den 1. Juni 2021, womit das in diesem Zeitpunkt – und somit das vor dem 1. Januar 2022 – geltende Recht anwendbar ist (vgl. E. II. 1.2 hiervor). 6.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. 6.3 Beim Einkommensvergleich werden in der Regel die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegen-übergestellt, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Soweit die fraglichen Einkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der Umstände im Einzelfall zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, vgl. BGE 128 V 29 E. 1 S. 30; Urteil des Bundesgerichts 9C\_354/2021 vom 3. November 2021 E. 4.1). Für den Einkommensvergleich ist auf den Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns abzustellen (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224). Validen- und Invalideneinkommen sind dabei auf zeitidentischer Grundlage zu erheben (BGE 129 V 222 E. 4.2 S. 224). 6.4 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (vgl. BGE 129 V 222 mit Hinweis) – hier: 1. Juni 2021 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) – nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C\_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.1). 6.4.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich sowohl beim Validen-, als auch beim Invalideneinkommen auf die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) und zog dabei die Tabelle 2020, TA1\_tirage\_skill\_level, Kompetenzniveau 1, Frauen, Total, von CHF 4'276.00 heran. Diesem Vorgehen kann gestützt auf die vorliegenden Akten nicht gefolgt werden. So ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin die zuletzt bei der Firma T. \_\_\_ ausgeübte berufliche Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen (Rückenbeschwerden) durch den Arbeitgeber gekündigt worden ist. Entsprechende Angaben machte die Beschwerdeführerin im Rahmen des Intake-Gesprächs vom 19. Januar 2021 (vgl. E. II. 5.2.3 hiervor). Da somit davon auszugehen ist, dass die Beschwerdeführerin diese berufliche Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden weiterhin ausgeübt hätte, ist für die Bestimmung des

Valideneinkommens nicht auf die Tabellenlöhne, sondern auf das effektiv bei der Firma T.\_\_\_\_ erzielte Einkommen abzustellen. Es ist folglich von dem bei der Firma T.\_\_\_\_ erzielten durchschnittlichen Jahreseinkommen von CHF 12'878.30 auszugehen (total: CHF 46'147.00 [: 43 Monate x 12 Monate]). Nach Anpassung an den Nominallohnindex zwischen 2019 und 2021 (Total [: 106.3 x 107]) und Aufrechnung auf ein Arbeitspensum von 100 % (: 43 % x 100 %, vgl. dazu E. II. 5.3 hiervor) beläuft sich das Valideneinkommen auf CHF 30'146.60.

6.4.2 Bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG ist rechtsprechungsgemäss dem Umstand Rechnung zu tragen, dass eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Erwerbseinkommen erzielte, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheidenen Einkommen begnügen wollte (sog. Parallelisierung der Vergleichseinkommen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_541/2022 vom 18. Mai 2022 E. 4.2 mit Hinweisen). Dadurch wird der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind (BGE 141 V 1 E. 5.4 mit Hinweisen). Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxisgemäss entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder durch Abstellen auf die statistischen Werte oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Werts erfolgen (BGE 135 V 297 E. 6.1, 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 8C\_256/2021 vom 9. März 2022 E. 6.4 [zur Publ. vorgesehen], 8C\_65/2022 vom 3. Juni 2022 E. 6.1.1). Da die ungelernte Beschwerdeführerin nur über mangelhafte bis fehlende Deutschkenntnisse verfügt, ist davon auszugehen, dass sie sich in ihrer zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit im Reinigungsbereich nicht freiwillig mit einem unterdurchschnittlichen Lohn begnügt hat. Es stellt sich daher die Frage einer Parallelisierung der Vergleichseinkommen.

6.4.2.1 Der Validenlohn kann gemäss Rechtsprechung dann nicht als unterdurchschnittlich qualifiziert werden, wenn er den Mindestverdienstvorgaben eines vom Bundesrat für allgemein verbindlich erklärten Gesamtarbeitsvertrages (GAV) im entsprechenden Berufszweig entspricht, werden dort doch die branchenüblichen Einkommen präziser abgebildet als in der LSE. Eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen fällt daher in einem solchen Fall praxisgemäss ausser Betracht (Urteile des Bundesgerichts 8C\_65/2022 vom 3. Juni 2022 E. 6.1.2, 8C\_541/2021 vom 18. Mai 2022 E. 4.2, beide mit weiteren Hinweisen).

6.4.2.2 Da die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall als Reinigungskraft bei der Firma T.\_\_\_\_, einem unbestrittenemassen dem GAV der Reinigungsbranche unterstellten Betrieb, weiterhin tätig wäre (vgl. E. II. 6.1 hiervor), ist für den im vorliegenden Fall massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 14. Februar 2023 der GAV der Reinigungsbranche in der Deutschschweiz für das Jahr 2023 heranzuziehen. Abzustellen ist somit auf den Beschluss vom 7. September 2021 ([file:///C:/Users/bgogrjaa/Downloads/Reinigung\\_Deutschschweiz\\_Beschluss\\_07\\_09\\_2021\\_de-5.pdf](file:///C:/Users/bgogrjaa/Downloads/Reinigung_Deutschschweiz_Beschluss_07_09_2021_de-5.pdf), zuletzt besucht am 4. Dezember 2024, Inkrafttreten: 1. Januar 2022) und die Änderung vom 6. Dezember 2022 ([file:///C:/Users/bgogrjaa/Downloads/Reinigung\\_Deutschschweiz\\_Aend\\_06\\_12\\_2022\\_de-1.pdf](file:///C:/Users/bgogrjaa/Downloads/Reinigung_Deutschschweiz_Aend_06_12_2022_de-1.pdf), zuletzt besucht am 4. Dezember 2024, Inkrafttreten: 1. Januar 2023). Gemäss Anhang 5, «1. Kategorie Unterhaltsreinigung (Def. gem. Art. 4.1 GAV)» betrug der Mindestlohn für UnterhaltsreinigerIn I ab 1. Januar 2023 CHF 20.20 pro Stunde. Unter Berücksichtigung

eines vollen Arbeitspensums von 1'974 Jahresarbeitsstunden (vgl. E. II. 5.3 hiervor) entspräche dies einem Jahreseinkommen von total CHF 39'874.80. 6.4.2.3 Folglich beträgt die Differenz zwischen dem tatsächlich erzielten Verdienst der Beschwerdeführerin und dem gestützt auf den GAV errechneten Lohn (CHF 39'874.80 – CHF 30'146.60) total CHF 9'728.20, was 24,4 % entspricht. 6.4.2.4 Da ein Abweichen vom Regelfall, wonach das Valideneinkommen grundsätzlich anhand des zuletzt verdienten Lohnes zu bestimmen ist, erst dann in Frage kommt, wenn – wie vorliegend der Fall – der tatsächlich erzielte Verdienst deutlich unter dem branchenüblichen LSE-Tabellenlohn liegt (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325, 135 V 297 E. 6.1.1 S. 303) und eine Parallelisierung nur in dem Umfang vorzunehmen ist, in welchem die prozentuale Abweichung den Erheblichkeitsgrenzwert von 5 % übersteigt (BGE 135 V 297 E. 6.1.3), hat vorliegend eine Parallelisierung im Umfang von 19,4 % (24,4 % – 5 %) zu erfolgen. Damit beträgt das Valideneinkommen insgesamt gerundet CHF 35'995.10 (CHF 30'146.60 + 19,4 %). 6.5 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein effektives Erwerbseinkommen gegeben, namentlich, weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung statistische Werte, insbesondere die Lohnstrukturerhebung (LSE) beigezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593 f.). 6.5.1 Wie bereits oben ausgeführt (vgl. E. II. 4.4 hiervor), ist davon auszugehen, dass es der Beschwerdeführerin ab Mai 2021 möglich ist, eine körperlich leichte Verweistätigkeit zu 100 % auszuüben. Deshalb muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden. Gemäss LSE 2020, TA1\_tirage\_skill\_level ist von einem monatlichen Bruttolohn für Frauen von CHF 4'276.00 auszugehen (LSE 2020 TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Frauen, Kompetenzniveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»). Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41,7 im Jahr 2021 hochzurechnen (CHF 4'276.00 x 12 [: 41,7 x 41,7] = CHF 51'312.00) und an den Nominallohnindex für das Jahr 2021 anzupassen (: 107.2 x 107.0). Damit ergibt sich ein Invalideneinkommen von gerundet CHF 51'216.30. 6.5.2 Die Beschwerdegegnerin hat – ohne dies näher zu begründen – für die behinderungsbedingt erschwerte Eingliederung einen Abzug von 10 % vorgenommen. Dieser, bereits vom Abklärungsfachmann Y. \_\_\_ im Situationsbericht vom 29. November 2022 entsprechend ausgewiesene Abzug (IV-Nr. 37 S. 3), erscheint angemessen und wird durch die Beschwerdeführerin auch nicht beanstandet. Damit beträgt die Einschränkung in einer ausserhäuslichen Tätigkeit gesamthaft 10 % und das Invalideneinkommen gerundet CHF 46'094.70. 6.6 Damit ergibt sich bei einem Valideneinkommen von CHF 35'995.10 und einem Invalideneinkommen von CHF 46'094.70 keine Erwerbseinbusse und – unter Berücksichtigung der Einschränkung im Erwerbsbereich von 10 % sowie der Annahme, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu 45 % im Erwerb und zu 55 % im Haushalt tätig wäre (ohne Einschränkung) – in Anwendung der gemischten Berechnungsmethode ab 1. Juni 2021 ein IV-Grad von 0 %. Die Beschwerdeführerin hat somit keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. II. 2 hiervor). 7. Mit der angefochtenen Verfügung vom 14. Februar 2023 (A.S. 1 ff.) wurde auch ein Anspruch auf berufliche Massnahmen verneint. In der Beschwerdeschrift vom 1. März 2023 bzw. der entsprechenden Ergänzung vom 3. Mai 2023 (A.S. 9, 30 ff.) wird zwar die «Aufhebung der Verfügung» verlangt, jedoch bezieht sich die Beschwerdebeurteilung ausschliesslich auf

den Rentenanspruch. Die beruflichen Massnahmen werden dabei nicht erwähnt. Es ist daher mangels Begründung auf die Beschwerde betreffend die beruflichen Massnahmen nicht einzutreten. 8. Zusammenfassend ist die Verfügung vom 14. Februar 2023 im Ergebnis zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde, soweit darauf einzutreten ist, abzuweisen. Im Übrigen ist betreffend weiterer Beweismassnahmen auf die Praxis zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen (vgl. E. II. 3.2 hiervor). Da von dem durch die Beschwerdeführerin beantragten, einzuholenden Verlaufsbericht seit Februar 2022 bei den B.\_\_\_\_ (vgl. E. I. 13 Ziff. 2 hiervor) für den hier zu beurteilenden Zeitraum keine weiterführenden Erkenntnisse zu erwarten sind, ist darauf zu verzichten. 9. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 10. 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 1'000.00 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.