

# SO\_GERICHTE VSBES.2024.182 vom 6. Juni 2024

SO Obergericht, 2024-06-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2024.182](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2024.182)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2024.182 du 6 juin 2024

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2024.182 del 6 giugno 2024

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechts-sätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Die Beschwerdeführerin hat sich am 20. Januar 2022 erneut zum Leistungsbezug bei der Beschwerdegegnerin angemeldet, womit ein allfälliger Rentenanspruch frühestens am 1. Juli 2022 entstehen könnte (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG).

1.3 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG (in der zuletzt vor den Änderungen vom 1. Januar 2022 geltenden Fassung) besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente sowie ab 70 % auf eine ganze Rente. Gemäss den auf den 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Bestimmungen wird die Höhe des Rentenanspruches neu in prozentualen Anteilen einer ganzen Rente festgelegt (Art. 28b Abs. 1 IVG in der seit dem 1. Januar 2022 geltenden Fassung). Gemäss den Abs. 2 ■ 4 dieser Bestimmung entspricht der dieser prozentuale Anteil bei einem Invaliditätsgrad von 50 ■ 69 % dem Invaliditätsgrad, bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente und bei einem Invaliditätsgrad unter 50 % gelten die prozentualen Anteile gemäss der Tabelle in Abs. 4.

### E. 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 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 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

### E. 3

3.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]).

3.2 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf eine Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a S. 200, 109 V 108 E. 2b S. 115).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, s. BGE 105 V 30 ■ durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

4. 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 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.

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 6. Juni 2024 (A.S. 1 ff.) die Ansprüche der Beschwerdeführerin auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen und eine Invalidenrente zu Recht abgewiesen hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen

eingetreten ist, beurteilt sich ■ wie in E. II. 3.2 hiervor dargelegt ■ durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der letzten Ablehnungsverfügung vom 6. Oktober 2005, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 6. Juni 2024 (A.S. 1 ff.). In Bezug auf den mit angefochtener Verfügung vom 6. Juni 2024 ebenfalls verneinten Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen ist festzuhalten, dass in der Beschwerdeschrift vom 8. Juli 2024 (A.S. 7 ff.) zwar die vollumfängliche Aufhebung der Verfügung verlangt wird, sich die Beschwerdebegründung jedoch ausschliesslich auf den Rentenanspruch bezieht. Es ist daher mangels Begründung auf die Beschwerde betreffend die beruflichen Massnahmen nicht einzutreten.

6. Es ist zunächst auf den Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 6. Juni 2024 (A.S. 1 ff.) einzugehen. Die Beschwerdegegnerin stützt ihren Entscheid in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle E. \_\_\_ vom 3. April 2023 (Allgemeinmedizin, Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie; IV-Nrn. 112.1 ■ 112.3). In diesem wurden die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (IV-Nr. 112.1 S. 8):

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien:

Da die Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten nur aus einer Fachrichtung eingeschränkt sei, ergebe sich keine Diskussion hinsichtlich eines ergänzenden oder additiven Effektes von Einschränkungen. Bei der Beschwerdeführerin bestehe keine eigentliche angestammte Tätigkeit, so dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit allgemein gehalten werde. Zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit wurde Folgendes festgehalten: Es sollte sich um eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit handeln. Die Beschwerdeführerin sollte ihre Arbeitsposition regelmässig selbstständig wechseln können. Vermieden werden sollten die Durchführung von repetitiven Rotationsbewegungen der HWS, Arbeiten verbunden mit forcierter Reklination der HWS, stereotype Rotationsbewegungen der LWS oder Arbeiten in stets Oberkörpervorneige- oder -rückhalteposition. Ungünstig wären berufliche Tätigkeiten mit häufigem Gehen auf unebenem Grund resp. dem regelmässigen intensiven Benutzen von Treppen oder gar Leitern. In einer solchen Tätigkeit wäre eine maximale Präsenz von 6 bis 8 Stunden täglich möglich. Zur Gewährung von gewissen Arbeitspausen bestehe eine leicht reduzierte Leistungsfähigkeit. Insgesamt werde die Arbeitsfähigkeit in einer solchen Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt, bezogen auf ein 100%-Pensum, auf 75 % (25 % Arbeitsunfähigkeit) geschätzt. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit könne seit Jahren angenommen werden, somit auch seit dem Zeitpunkt der letzten IV-Wiederanmeldung im Januar 2022 (IV-Nr. 112.1 S. 10).

Zur von Dr. med. D. \_\_\_, Praktischer Arzt, RAD, in seiner Stellungnahme vom 24. Mai 2023 (IV-Nr. 116) festgestellten rechnerischen Diskrepanz im rheumatologischen Teilgutachten konnten sich die Gutachterpersonen äussern. Im Schreiben vom 31. Mai 2023 (IV-Nr. 119 S. 3 f.) führten Dres. med. F. \_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, G. \_\_\_, FMH Rheumatologie, und H. \_\_\_, Ärztlicher Leiter, Gutachterstelle E. \_\_\_, aus, die Rückfrage sei zu Recht erfolgt. Diese sei zum Glück leicht zu beantworten, da es sich um einen Schreibfehler im rheumatologischen Teilgutachten handle. Die Reduktion der Leistungsfähigkeit müsste selbstverständlich 25 % und nicht 30 % sein. Es werde gebeten, diesen Fehler anzupassen. Ansonsten stimme im Teilgutachten und in der Gesamtbeurteilung alles überein, ausser dieser Zahl. Gestützt darauf führte Dr. med. D. \_\_\_, RAD, in der Stellungnahme vom 17. Juli 2023 (IV-Nr. 121 S. 2) aus, mit Antwortschreiben vom 31. Mai 2023 habe die Gutachterstelle E. \_\_\_ die geringe rechnerische Diskrepanz im

rheumatologischen Teilgutachten klargestellt und korrigiert, und damit auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung bestätigt, sodass das polydisziplinäre Gutachten aus Sicht des RAD nun vollständig nachvollziehbar und schlüssig sei. Der RAD könne sich daher dieser Beurteilung anschliessen.

6.1 Nachfolgend ist der Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 3. April 2023 (IV-Nrn. 112.1 ■ 112.3) prüfen: Das Gutachten stammt von unabhängigen Fachärzten der einschlägigen medizinischen Disziplinen der Allgemeinmedizin, Psychiatrie, Rheumatologie und Neurologie, welche fachlich qualifiziert sind, die gesundheitliche Situation und die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu beurteilen. Die Gutachterpersonen haben die Beschwerdeführerin sodann u.a. zu ihren subjektiven Beschwerden und Lebensumständen befragt (IV-Nrn. 112.1.1 S. 22 f., 28 ff., 39 ff., 50 ff.), die Befunde erhoben (IV-Nrn. 112.1 S. 23 f., S. 31 f., 42 ff., 52 f.), die wesentlichen Akten sowie relevante Auszüge aus diesen unter dem Titel «Aktenauszug» zur Kenntnis genommen (IV-Nrn. 112.1 S. 15 ff.) und eine Zusatzdiagnostik im Sinn von Laboruntersuchungen und einer Röntgenuntersuchung veranlasst (IV-Nrn. 112.1 S. 5 und 43, 112.2, 112.3). Auf dieser Grundlage befassten sich die Experten sodann mit dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (IV-Nrn. 112.1 S. 24 ff., 32 ff., 44 ff., 53 ff.) und gelangten im Rahmen der «interdisziplinären Gesamtbeurteilung» (IV-Nr. 112.1 S. 6 ff.) zu einer gesamthaften Beurteilung, welche vor dem Hintergrund der objektivierbaren Befunde nachvollziehbar ist.

6.2 Es ist nachfolgend auf die Teilgutachten und deren Beweiswert einzugehen und zu prüfen, ob die übrigen medizinischen Akten den Beweiswert allenfalls zu schmälern vermögen:

6.3 Im Rahmen des allgemeinmedizinischen Teilgutachtens vom 16. Januar 2023 (IV-Nr. 112.1 S. 21 ff.) stellte Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, keine allgemeininternistische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 24). Dies vermag aufgrund der erhobenen, sich weitgehend als unauffällig präsentierenden, internistischen Untersuchungsbefunde einzuleuchten. So wurde zum allgemeininternistischen Status Folgendes festgehalten: Die Beschwerdeführerin sei in einem unauffälligen Allgemeinzustand. Übergewichtig mit 71 kg bei einer Körpergrösse von 158 cm (BMI 28.5 kg/m<sup>2</sup>). Untersuchung von Kopf und Hals unauffällig. Keine vergrösserten Lymphknoten palpabel. Integument unauffällig. Beine: keine Ödeme, keine Varikosis. Kardiovaskulär: Blutdruck 130 / 80 mmHg, Puls 88 / min., regelmässig, Herzauskultation und Herzpalpation unauffällig, HJR negativ. Periphere Pulse: gut palpabel, keine Strömungsgeräusche. Lungen: Auskultation und Perkussion unauffällig. Abdomen: Druckdolenz im linken Unterbauch, sonst Abdomen weich und unauffällig. In Bezug auf den Bewegungsapparat wurde auf das rheumatologische und betreffend das Nervensystem auf das neurologische Teilgutachten verwiesen (S. 23 f.). Das bei der gutachterlichen Untersuchung festgestellte Übergewicht bei einem errechneten BMI von 28.5 kg/m<sup>2</sup> (ICD-10 E66.9) und die von der Beschwerdeführerin geschilderten Hämorrhoidalleiden (ICD-10 K64.9) sowie der Nikotinabusus (ICD-10 F17.1) wurden vom allgemeininternistischen Gutachter als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt. Aufgrund dieser Diagnosestellungen vermag auch die weitere gutachterliche Einschätzung einzuleuchten, wonach die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit ohne Leistungseinschränkung zu 100 % arbeitsfähig sei (S. 25 f.).

Das allgemeininternistische Teilgutachten ist somit grundsätzlich beweiswertig.

6.3.1 Es ist zu prüfen, ob die medizinischen Vorakten den grundsätzlichen Beweiswert des allgemeininternistischen Teilgutachtens von Dr. med. F.\_\_\_\_ allenfalls zu schmälern vermögen.

Unter dem Titel «Diskussion zu den Akten und früheren Untersuchungen aus allgemeininternistischer Sicht» (IV-Nr. 112.1 S. 24) setzte sich Dr. med. F.\_\_\_\_ mit relevanten internistischen Arztberichten auseinander. So hielt er in Bezug auf den Bericht des Allgemeinmediziners Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für allgemeine Medizin FMH, vom 28. Februar 2022 fest, er habe sich darin sowohl auf die Problematik des Bewegungsapparates als auch auf die psychische Problematik bezogen. Daher verwies Dr. med. F.\_\_\_\_ diesbezüglich auf die entsprechenden Teilgutachten. Diesen gutachterlichen Ausführungen kann gefolgt werden. So führte der die Beschwerdeführerin seit dem 10. Juni 2021 behandelnde Hausarzt Dr. med. I.\_\_\_\_ im relativ kurz und knapp ausgefallenen Arztbericht vom 28. Februar 2022 (IV-Nr. 93) folgende Diagnosen auf: «Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom; Chronische Cervikobrachialgien; Depression». Bei diesen Diagnosestellungen handelt es sich nicht um Diagnosen aus dem medizinischen Fachgebiet der Allgemeinmedizin, sondern um solche aus den medizinischen Fachgebieten der Psychiatrie und Rheumatologie. Im Weiteren verwies der Hausarzt sodann in Bezug auf die Frage nach der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf die Einschätzung des Psychiaters. Somit lässt sich aus dem Arztbericht vom 28. Februar 2022 weder eine den Einschätzungen von Dr. med. F.\_\_\_\_ im allgemeininternistischen Teilgutachten entgegenstehende internistische Diagnosestellung noch eine entsprechende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ableiten. Es kann in diesem Zusammenhang ergänzend darauf hingewiesen werden, dass behandelnde Ärzte (seien dies Hausärzte oder spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen) im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_317/2019 vom 30. September 2019 E. 4.2.3 mit Hinweisen). Folglich vermag der Arztbericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 28. Februar 2021 den Beweiswert des allgemeininternistischen Teilgutachtens von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 16. Januar 2023 nicht zu schmälern. Daran vermag auch der weitere von Dr. med. I.\_\_\_\_ am 1. September 2022 (IV-Nr. 102 S. 1 ff.) verfasste Arztbericht nichts zu ändern. So wurde in diesem im Wesentlichen festgehalten, dass sich im Vergleich zum Vorbericht vom 28. Februar 2022 nichts verändert habe.

6.3.2 Da sich nebst den beiden Arztberichten des Hausarztes Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 28. Februar 2021 und 1. September 2022 in den vorliegenden Akten keine weiteren medizinischen Berichte von auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinmedizin spezialisierten Fachpersonen finden, ist dem allgemeininternistischen Teilgutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_ der volle Beweiswert zuzusprechen.

6.4 In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten vom 16. Januar 2023 des Psychiaters und Psychotherapeuten J.\_\_\_\_ (IV-Nr. 112.1 S. 28 ff.) ergibt sich Folgendes: Es wurde keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt, aber die folgende Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (S. 35): «Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradiger Ausprägung (ICD-10 F33.0)». Dazu hielt der psychiatrische Gutachter in nachvollziehbarer Weise fest, es sei zunächst zu beurteilen, ob ein Störungsbild aus dem Spektrum der affektiven Erkrankungen vorliege. Die Beschwerdeführerin habe sich in der Untersuchung mit einer subdepressiv herabgesetzten

Stimmungslage bei einem verminderten Antrieb und einer allenfalls mässigen affektiven Modulationsfähigkeit gezeigt. Für eine ausgeprägte depressive Symptomatik fänden sich jedoch ■ so die nachvollziehbare gutachterliche Einschätzung ■ keine Anhaltspunkte. Zwar habe die Beschwerdeführerin angegeben, dass es ihr erst in der zweiten Tageshälfte besser gehe, nicht nachvollziehbar sei jedoch, warum sie ■ zumindest gemäss ihren eigenen Angaben ■ erst in den Mittagsstunden aufstehe. Es möge damit zu tun haben, dass sie wie berichtet, erst gegen 1.30 Uhr ins Bett gehe. Suizidalität sei negiert worden. Es sei allenfalls über streckenweise auftretende Lebensüberdrussgedanken ob ihrer schwierigen Gesamtsituation berichtet worden. In einer Depression begründbare negativistisch oder pessimistisch gefärbte Gedanken seien nicht vorhanden gewesen. Ebenfalls schlüssig erscheint die vom psychiatrischen Gutachter gezogene Schlussfolgerung, wonach die von der Beschwerdeführerin geschilderten Zukunftssorgen vor einem realen Hintergrund normalpsychologisch nachvollziehbar und nicht als krankheitsbedingt anzusehen seien. Daher sei diagnostisch auch bezüglich der Vorgeschichte von einer «rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode (ICD-10 F33.0)» auszugehen.

Weiter ging der psychiatrische Gutachter auf die von der Beschwerdeführerin geschilderten und aktenanamnestisch ausführlich vorbeschriebenen kognitiven Störungen ein und hielt fest, diese seien nicht aus einem Störungsbild aus dem Spektrum der psychischen Erkrankungen heraus abzuleiten. Diese Einschätzung überzeugt aufgrund der nachfolgenden gutachterlichen Ausführungen. So könnten sich zwar bei schwergradig ausgeprägten depressiven Episoden pseudodemenzielle, einer Demenzerkrankung sehr ähnelnden Symptome, finden, wobei aktuell eine allenfalls nur leichtgradig ausgeprägte depressive Symptomatik habe festgestellt werden können. Für eine demenzielle Entwicklung hätten sich zumindest in der Vorgeschichte gemäss Aktenlage auch keine Anhaltspunkte gefunden. Dies sollte jedoch ■ so die plausible Beurteilung des psychiatrischen Gutachters ■ am ehesten von neurologischer Seite aus diskutiert und beurteilt werden. Für weitere Störungsbilder aus dem Spektrum der psychischen Erkrankungen hätten sich keine Anhaltspunkte gefunden, insbesondere nicht für eine Persönlichkeitsstörung, eine Psychose oder eine Suchterkrankung (S. 34). Gestützt auf diese nachvollziehbaren gutachterlichen Ausführungen vermag einzuleuchten, dass keine weiteren psychiatrischen Diagnosen gestellt wurden.

Der psychiatrische Gutachter J. \_\_\_ wies ferner darauf hin, dass bei der Beschwerdeführerin mehrere psychosoziale Belastungsfaktoren bestünden. Diese Beurteilung leuchtet aufgrund der nachfolgenden gutachterlichen Ausführungen ein, wonach die Beschwerdeführerin ihren Traum, Ärztin zu werden, nie habe verwirklichen können und in ihrer Heimat eine Ausbildung als Krankenschwester absolviert habe, welche jedoch in der Schweiz nicht akzeptiert worden sei. Zudem habe sie über Jahre in eher kurzen Anstellungsverhältnissen ■ vornehmlich als Aushilfskraft im Lebensmitteldetailhandel als Verkäuferin und Kassiererin ■ gearbeitet. Es gebe auch innerfamiliäre Schwierigkeiten. So sei das Verhältnis mit dem Ehemann nicht harmonisch. Dieser beziehe langjährig eine IV-Rente nach einem Arbeitsunfall und leide offenbar an Depressionen. Ferner sei die finanzielle Zukunft ungewiss. Es werde noch bis zum Frühjahr diesen Jahres Krankentaggeld bezogen, ungewiss sei dann die weitere Finanzierung. Es bestünden auch bereits Privatschulden. Ausserdem sei der Umstand, dass alle drei Kinder bereits von daheim ausgezogen seien, für die Beschwerdeführerin belastend (S. 35).

Das psychiatrische Teilgutachten ist somit grundsätzlich beweiswertig.

6.4.1 Es ist zu prüfen, ob die medizinischen Vorakten den grundsätzlichen Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens des Psychiaters und Psychotherapeuten J.\_\_\_\_ allenfalls zu schmälern vermögen.

Unter dem Titel «Diskussion zu den Akten und früheren Untersuchungen aus psychiatrischer Sicht» (IV-Nr. 112.1 S. 33 f.) setzte sich der psychiatrische Gutachter mit relevanten medizinischen Vorakten auseinander. Im Behandlungsbericht der die Beschwerdeführerin ambulant behandelnden Psychologin lic. phil. K.\_\_\_\_ vom 18. Juli 2022 (IV-Nr. 97) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: «Neurokognitive Störung (L.\_\_\_\_, 17. Februar 2022); Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht ICD-10 F33.0; Persönlichkeitsakzentuierung (submissiv-abhängiger Anteil, unsicher-ängstlich-vermeidend)». Der psychiatrische Gutachter hielt diesbezüglich überzeugend fest, es hätten sich in der aktuellen Untersuchung keine Anhaltspunkte für persönlichkeitsstrukturelle Auffälligkeiten gefunden. Die beschriebene leichtgradige depressive Symptomatik habe sich indes auch in der Untersuchung gezeigt. So sei weiterhin eine Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit und des Gedächtnisses feststellbar, welche jedoch im Arztbericht ebenfalls nicht weiter verifiziert worden seien. Im Behandlungsbericht werde angegeben, dass sich die kognitiven Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben schwerwiegend auswirkten. Dieses derart ausgeprägte habe sich in der aktuellen Untersuchung aber nicht gezeigt. Im Bericht werde bspw. angegeben, dass die Beschwerdeführerin am Ende einer Sitzung mit den Socken Richtung Ausgang gelaufen sei oder sie im Gespräch den Faden verloren habe. Dies habe sich in der aktuellen Untersuchung nicht gezeigt. Aufgrund dieser Ausführungen erscheint schlüssig, dass der psychiatrische Gutachter festhielt, es werde im Arztbericht gesamthaft keine psychiatrische Diagnose genannt, aus welcher heraus sich derart ausgeprägte kognitive Einschränkungen ableiten liessen (S. 33). Es ist somit davon auszugehen, dass der Behandlungsbericht vom 18. Juli 2022 den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht zu schmälern vermag.

Im Weiteren befasste sich der psychiatrische Gutachter mit dem «Untersuchungsbericht Neuropsychologie» der L.\_\_\_\_, vom 16. Februar 2022 (IV-Nr. 94). So werde in diesem zunächst angegeben, dass bereits im Juni 2002 und im Dezember 2012 von der Reha M.\_\_\_\_ bzw. vom Spital C.\_\_\_\_ mittelschwere bis schwere kognitive Minderleistungen beschrieben worden seien. Dies spreche dafür, dass hier möglicherweise ein langjähriges Störungsbild vorliege, was jedoch in den vorliegenden Behandlungsberichten lediglich bezüglich der Symptomatik und nicht der Ursache beschrieben werde. Gemäss dem psychiatrischen Gutachter werde im Bericht sodann angegeben, dass die Beschwerdeführerin sogar ihre Turnschuhe in den Backofen gelegt und die schmutzige Wäsche in die Toilette statt in die Waschmaschine geworfen habe. Diese Angaben der Beschwerdeführerin seien jedoch kaum nachvollziehbar. Diese gutachterlichen Einschätzung überzeugt aufgrund der nachfolgenden gutachterlichen Begründung. Demnach müsste für derartige Fehlhandlungen prinzipiell eine Demenzerkrankung in einer zumindest mittel- bis schwergradigen Ausprägung vorliegen. Dementgegen stehe jedoch ■ so der Gutachter ■, dass die Beschwerdeführerin in der Lage sei, ihren Haushalt grösstenteils selbst zu versorgen, sie über Jahre in der Lage gewesen sei, in einer gewissen Weise kognitiv beanspruchenden beruflichen Tätigkeiten nachzugehen, und sie bis heute sogar Auto fahre. Folglich vermag der «neurologische Untersuchungsbericht» vom 16. Februar 2022 den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht zu schmälern.

Ferner befasste sich der psychiatrische Gutachter J. \_\_\_ mit dem durch die Psychologin lic. phil. K. \_\_\_ am 22. November 2021 weiter verfassten Bericht (IV-Nr. 84 S. 2 ff.). Es werde darin angegeben, dass psychosoziale Belastungsfaktoren wie die seit Jahren bestehende Invalidität des Ehemannes oder die seit Juli bestehende Krebserkrankung des Vaters, den Genesungsprozess der Beschwerdeführerin erschwerten. Dieser Einschätzung könne ■ so die gutachterlich überzeugende Einschätzung ■ gefolgt werden. Diagnostisch werde primär von einer neurokognitiven Störung unklarer Ätiologie sowie einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichtgradige Ausprägung, ausgegangen. Die in diesem Zusammenhang erfolgte Beurteilung des psychiatrischen Gutachter, wonach zumindest der Diagnose einer leichtgradigen Depression zu folgen sei, überzeugt unter Heranziehung der Ausführungen zum Bericht von Dr. med. K. \_\_\_ vom 18. Juli 2022 (vgl. oben). Somit vermag auch dieser Bericht den grundsätzlichen Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht in Frage zu stellen.

Im Weiteren befasste sich der psychiatrische Gutachter J. \_\_\_ mit dem «medizinischen Bericht» der N. \_\_\_ vom 29. März 2016, bei der sich die Beschwerdeführerin seit 18. Mai 2015 in regelmässiger psychiatrischer-psychotherapeutischer Behandlung befinde (IV-Nr. 60). Er ging sodann auf die darin u.a. gestellten Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung, einer somatoformen Schmerzstörung und von akzentuierten Persönlichkeitszügen ein. Dabei hielt er in nachvollziehbarer Weise fest, es hätten sich im Rahmen der Begutachtung für eine somatoforme Schmerzstörung zunächst keine Anhaltspunkte gefunden. So hätten für die beklagten Beschwerden die in ihrer Ausprägung und Lokalisation hinreichend erklärbaren pathoanatomischen Befunde erhoben werden können (IV-Nr. 112.1 S. 33 f.). Auch für akzentuierte Persönlichkeitszüge hätten sich gemäss der schlüssigen gutachterlichen Einschätzung keine Anhaltspunkte gefunden. Auch die weitere Beurteilung des psychiatrischen Gutachters leuchtet ein: So sei die diagnostizierte mittelgradig ausgeprägte depressive Episode nicht aus dem erhobenen psychopathologischen Befund heraus abzuleiten, da in diesem lediglich eine depressive Verstimmung benannt werde. Gestützt auf diese Einschätzungen erweist sich auch die daraus gezogene Schlussfolgerung des psychiatrischen Gutachters als plausibel, wonach eine seit dem 22. Mai 2015 bis auf Weiteres attestierte Arbeitsunfähigkeit, nicht nachvollziehbar sei. Folglich schmälert der Bericht der N. \_\_\_ vom 29. März 2016 den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht.

In Bezug auf den «neuropsychologischen Bericht» des Reha zentrums M. \_\_\_ vom 23. Juni 2002 (IV-Nr. 23 S. 7 f.), in dessen Rahmen diverse neuropsychologische Testungen stattfanden, führte der psychiatrische Gutachter aus, es werde darin zusammengefasst, dass von einer deutlich beeinträchtigten Gedächtnisleistung ausgegangen werde. Diese Einschätzung decke sich gemäss dem Gutachter mit den weiteren vorliegenden Unterlagen. Diese Beurteilung vermag unter Heranziehung der entsprechenden Akten zu überzeugen. Auch im Rahmen der gutachterlichen psychiatrischen Exploration wurde sodann u.a. festgehalten, es hätten sich im Gespräch Beeinträchtigungen der Konzentration und im Gedächtnis bei einer ungestörten Aufmerksamkeit gezeigt (IV-Nr. 112.1 S. 31). Insgesamt wird somit durch den neuropsychologischen Bericht vom 23. Juni 2002 der Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht geschmälert.

Schliesslich ging der Psychiater J. \_\_\_ noch auf das psychiatrischen Teilgutachten der Gutachterstelle MEDAS des Spitals C. \_\_\_ vom 6. September 2004 ein und führte aus, dass

darin diagnostisch allenfalls von einer leichtgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.0) ausgegangen (IV-Nr. 37.2) werde, die aus dem seinerzeit erhobenen psychopathologischen Befund heraus erklärbar und nachvollziehbar gewesen sei (IV-Nr. 112.1 S. 34). Eine Schmälerung des Beweiswertes des psychiatrischen Teilgutachtens vom 16. Januar 2023 ist somit ebenfalls nicht ersichtlich.

6.4.2 Zusammenfassend vermögen die vor dem psychiatrischen Teilgutachten vom 16. Januar 2023 verfassten psychiatrischen Berichte dessen Beweiswert nicht in Frage zu stellen.

6.4.3 Es stellt sich ferner die Frage, ob der Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachten vom 16. Januar 2023 (IV-Nr. 112.1 S. 20 ff.) allenfalls durch zeitlich später verfasste medizinische Berichte geschmälert wird:

6.4.3.1 Zunächst ist auf das gegen den Vorbescheid vom 19. September 2023 (IV-Nr. 122) gerichtete Einwandschreiben von lic. phil. K.\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2023 (IV-Nr. 128 S. 2 ff.) einzugehen. Die behandelnde Psychologin stellte sich dabei zunächst auf den Standpunkt, dass es heute einen auffälligen kognitiven Befund (2022) gebe, der im Gutachten nicht ausreichend berücksichtigt worden sei. Diesbezüglich kann zunächst darauf hingewiesen werden, dass im «Untersuchungsbericht Neuropsychologie» vom 16. Februar 2022 der L.\_\_\_\_ (IV-Nr. 94) ■ auf den sich die behandelnde Psychologin in ihrem Einwandschreiben bezieht ■ lediglich ein «Verdacht auf eine neurokognitive Störung» diagnostiziert wurde. Eine Verdachtsdiagnose entspricht jedoch keiner gesicherten Diagnose. Wie bereits oben ausgeführt (vgl. E. II. 6.5.2 hiervor), hat sich der psychiatrische Gutachter J.\_\_\_\_ im Rahmen seines psychiatrischen Teilgutachtens mit dem entsprechenden Bericht der L.\_\_\_\_ vom 16. Februar 2022 durchaus befasst und sich in nachvollziehbarer Weise mit diesem auseinandergesetzt. Damit wird das Vorbringen von lic. phil. K.\_\_\_\_, wonach im Gutachten keine ausreichende Berücksichtigung des auffälligen kognitiven Befundes stattgefunden habe, entkräftet. In diesem Sinn hielt auch der RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 3. April 2023 (IV-Nr. 133 S. 2 f.) fest, es handle sich beim Einwandschreiben vom 18. Oktober 2023 um eine andere Beurteilung desselben medizinischen Sachverhaltes durch eine nichtärztliche Fachperson.

Lic. phil. K.\_\_\_\_ bemängelt sodann die Dauer der Begutachtung von einer Stunde und die während dieser Zeit durchgeführten drei kognitiven Testungen, welche von der Beschwerdeführerin als einfach empfunden worden seien. Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass es grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_771/2019 vom 19. Mai 2020 E. 4.4 m.w.H.). Dies ist, wie oben dargelegt, der Fall. Zudem fällt es ins Ermessen des jeweiligen medizinischen Experten, ob überhaupt und wenn ja, welche Art von Test als Untersuchungsmethode durchzuführen ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_768/2012 vom 24. Januar 2013, 8C\_780/2014 vom 25. März 2015 E. 5.1, 9C\_216/2018 vom 7. September 2018 E. 3.5, alle m.w.H.). Somit vermag lic. phil. K.\_\_\_\_ auch mit dem gegen die durchgeführten Testungen gerichteten Vorbringen nicht durchzudringen.

Gemäss lic. phil. K.\_\_\_\_ stelle sich zudem die Frage, weshalb der Gutachter die neurokognitive Einschränkung als nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt habe, ihre Vergesslichkeit jedoch als so gefährdend einstufte, dass sie das Autofahren aufgeben müsse. Diesem Vorbringen kann nicht gefolgt werden: So hielt der psychiatrische

Gutachter J.\_\_\_\_ im Rahmen von «Bemerkungen» Folgendes fest: «Es konnten zwar wie in der Vorgeschichte beschrieben in der aktuellen Untersuchung keine gravierenden kognitiven Einschränkungen festgestellt werden. Aufgrund des Umstandes jedoch, dass zumindest aktenanamnestisch erhebliche Fehlhandlungen beschrieben werden, sollte, da die Beschwerdeführerin weiterhin Auto fährt, eine Abklärung der Fahreignung durch die zuständigen Behörden in die Wege geleitet werden.» (IV-Nr. 112.1 S. 37). Aus dieser Formulierung lässt sich kein Widerspruch ableiten. So ist im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens gerade nicht von einem bevorstehenden Führerausweisentzug die Rede. Gemäss dem psychiatrischen Gutachter sollte lediglich eine Überprüfung der Fahreignung aufgeleitet werden. Es kann zudem ergänzend darauf hingewiesen werden, dass auch bereits lic. phil. K.\_\_\_\_ im Arztbericht vom 18. Juli 2022 (IV-Nr. 97) Zweifel an der Fahreignung der Beschwerdeführerin geäussert und diesbezüglich auf den durchgeführten Mini-ICF (Mobilität) hingewiesen hat. In diesem wurde u.a. in Bezug auf die «Mobilität und Verkehrsfähigkeit» eine leichte Beeinträchtigung festgestellt. So könne die Beschwerdeführerin mit dem Auto von A nach B fahren. Jedoch komme es öfter vor, dass sie sich aufgrund Orientierungsverlust und Vergesslichkeit verfare (auch wenn sie die Orte gut kennt) und sich verspäte. Dasselbe gelte für den öffentlichen Verkehr (IV-Nr. 97 S. 5). Das entsprechende Vorbringen von lic. phil. K.\_\_\_\_ vermag somit den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht zu verringern.

Insgesamt vermag das Einwandschreiben von lic. phil. K.\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2023 (IV-Nr. 128 S. 2 ff.) am beweiswertigen psychiatrischen Teilgutachten keine Zweifel hervorzurufen.

6.4.3.2 Einzugehen ist sodann auf das Schreiben von med. pract. O.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 13. November 2023 (IV-Nr. 131 S. 4 ff.). Auf die darin ausgewiesenen psychiatrischen Diagnosestellungen («Verdacht auf neurokognitive Störung [Erstdiagnose: L.\_\_\_\_, 17. Februar 2022]; Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht-mittelgradig, ICD-10 F33.1; Persönlichkeitsakzentuierung, ICD-10 Z73.1 (submissiv-anhängiger Anteil, unsicher-ängstlich vermeidend) ging med. pract. O.\_\_\_\_ nicht weiter ein. Diese erweisen sich somit als nicht nachvollziehbar. Es geht sodann aus dem Bericht auch nicht hervor, inwiefern sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in Bezug auf den Schweregrad der depressiven Störung seit dem psychiatrischen Teilgutachten vom 16. Januar 2023 verschlechtert haben soll. Eingehend auf die von med. pract. O.\_\_\_\_ diagnostizierte «Persönlichkeitsakzentuierung» hielt Dr. med. D.\_\_\_\_, RAD, in seiner Stellungnahme vom 3. April 2024 (IV-Nr. 133 S. 3) fest, dass diese ■ selbst wenn sie vorliegen würde ■ im Gegensatz zu einer Persönlichkeitsstörung keinen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätte. Diese Einschätzung erweist sich als korrekt. So können Z-codierte Belastungsfaktoren zwar den Gesundheitszustand beeinflussen und zu einer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, stellen aber keine rechtserheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen dar (Urteil des Bundesgerichts 9C\_468/2015 vom 29. Januar 2016 E. 3.2). Somit hat die durch med. pract. O.\_\_\_\_ neu ausgewiesene Diagnose einer Persönlichkeitsakzentuierung gemäss ICD-10 Z73.1 letztlich keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin.

Med. pract. O.\_\_\_\_ beanstandet im Wesentlichen, dass im psychiatrischen Teilgutachten zwar die psychosozialen Belastungsfaktoren gewürdigt worden seien, aber trotzdem die Frage offenbleibe, weshalb im Longitudinalverlauf deutlich werdende absenzartige Episoden mit erhöhter Vergesslichkeit mit dann auftretenden Fehlbläufen wie

Liegenlassen des Portemonnaies oder Vergessen zu zahlen, keinen Widerhall fänden. Dies v.a., weil diese nicht allein mit der depressiven Entwicklung erklärt werden könnten. Gemäss med. pract. O.\_\_\_\_ könne eine Neigung zur Aggravation bestehender Defizite schon allein aufgrund der Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin ausgeschlossen werden. Eine nähere Auseinandersetzung mit der Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin findet sich im Bericht von med. pract. O.\_\_\_\_ indes nicht. Daher erweist sich seine entsprechende Einschätzung als nicht nachvollziehbar. Im Rahmen der psychiatrischen Exploration vom 16. Januar 2023 berichtete die Beschwerdeführerin von ihrer Vergesslichkeit (IV-Nr. 112.1 S. 29). So habe sie angegeben, sie vergesse rasch, bspw. was sie gerade gefragt worden sei. Die Gedächtnisstörungen bestünden sicherlich bereits seit vier Jahren und hätten sich vor zwei Jahren nach einer Borreliose-Infektion verstärkt. Sie sei manchmal nervös, wenn sie etwas vergessen habe. Das Kurz- und Langzeitgedächtnis seien gleich schlecht. Es sei beispielsweise vorgekommen, dass sie zweimal den gleichen Artikel gekauft habe. Aufgrund dieser subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ist davon auszugehen, dass der psychiatrische Gutachter J.\_\_\_\_ davon Kenntnis hatte. Er hielt sodann unter dem Titel «kognitive Funktionen» auch fest, dass sich die beklagte Vergesslichkeit in der Untersuchung nicht widerspiegle. So sei beim Kopfrechnen eine ausreichende Mitarbeit gegeben, es würden aber nur ganz leichte Aufgaben gelöst. Zudem handle es sich um eine freundliche und schwingungsfähige Beschwerdeführerin, welche auch gegen Ende der Untersuchung lache. Es sei eine überwiegend gute Kooperation gegeben (IV-Nr. 112.1 S. 53). Unter diesen Umständen wird das Vorbringen von med. pract. O.\_\_\_\_, wonach die erhöhte Vergesslichkeit im Gutachten keinen Widerhall gefunden habe, entkräftet.

Der Beweiswert des psychiatrischen E.\_\_\_\_ GmbH-Teilgutachtens wird durch das Schreiben von med. pract. O.\_\_\_\_ vom 13. November 2023 (IV-Nr. 131 S. 4 f.) nicht geschmälert. In diesem Sinn hielt auch Dr. med. D.\_\_\_\_, RAD, in seiner Stellungnahme vom 3. April 2024 (IV-Nr. 133 S. 3) fest, der Psychiater habe keine neuen Diagnosen oder medizinischen Sachverhalte genannt, die den Gutachern nicht bereits bei deren Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bekannt gewesen seien. Es handle sich demnach bei der Stellungnahme des Psychiaters vom 13. November 2023 um eine andere Beurteilung desselben medizinischen Sachverhaltes.

6.4.4 Zusammenfassend vermögen die nach dem psychiatrischen Teilgutachten von 16. Januar 2023 verfassten psychiatrischen Berichte dessen Beweiswert ebenfalls nicht in Frage zu stellen.

6.4.5 Das psychiatrische Teilgutachten vom 16. Januar 2023 geniesst somit den vollen Beweiswert.

6.5 Einzugehen ist auf das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 17. Januar 2023 (IV-Nr. 112.1 S. 39 ff.). Die in diesem gestellten Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit («Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont [ICD-10 M54.5]; Chronisches cervikospodylogenes Schmerzsyndrom [ICD-10 M 53.0]; Klinisch leicht beginnende mediale sowie patello-femorale Gonarthrose beidseits bei Genuvarum [ICD-10 M17.0]», S. 46), vermögen gestützt auf die bei der klinischen Untersuchung und veranlassten Röntgenuntersuchung erhobenen Befunde einzuleuchten. So wurden im Rahmen der bildgebenden Abklärungen folgende Befunde erhoben: Lumbal links- sowie thorakal rechtskonvexe Skoliose. Akzentuierte Steilstellung des Sacrum. Insgesamt gut erhaltene Bandscheibenhöhen lumbal. Diskrete ventrale Spondylose

zwischen LWK2 ■ 5 der Deckplatte sowie LWK2 der Grundplatte im Sinne von leicht beginnenden Chondrosen. Prominente Processus spinosus ISG. Die mitabgebildeten Hüftgelenke stellten sich unauffällig dar (S. 43). Die klinisch-rheumatologische Untersuchung habe zudem eine diskrete Wirbelsäulenfehlhaltung und -fehlform ergeben. Die funktionelle Bewegungsprüfung lumbal habe eine leichte Einschränkung bei insgesamt sehr guter Flexion der LWS ergeben. Ebenso habe eine normale BWS-Bewegungsfähigkeit bestanden. Funktionell habe objektiv eine Bewegungseinschränkung der HWS in Bezug auf die maximale Rotation nach rechts festgestellt werden können, durchaus kompatibel mit den radiomorphologisch im Jahr 2022 festgestellten osteochondrotischen degenerativen Veränderungen an der HWS. Der periphere Gelenkstatus an den oberen Extremitäten sei ebenso unauffällig gewesen wie der Hüftgelenkstatus. Die Kniegelenke zeigten eine gewisse Varusfehlstellung, funktionell seien beide Gelenke frei beweglich und reizlos gewesen. Es vermag denn auch einzuleuchten, dass aufgrund der Anamnese und den früheren Röntgenbildern im Rahmen der Varusfehlstatik eine leicht beginnende mediale sowie diskret beginnende Patellofemoralarthrose differenzialdiagnostisch diskutiert werden könne. Die Füsse zeigten zudem eine leichte Fussfehlstatik, welche aktuell nicht mittels Einlagen versorgt werde, bei ansonsten unauffälligem Befund. Im Weiteren vermag aufgrund des festgestellten, cursorisch neurologischen Status mit völlig normaler Kraftentwicklung an den oberen und unteren Extremitäten und der am rechten Bein dermatomal nicht zuzuordnenden zirkulären Hypästhesie, der Hinweis des rheumatologischen Gutachters auf das neurologische Gutachten einzuleuchten. So bestünden gemäss Dr. med. G. \_\_\_ rein klinisch keine Hinweise für eine aktuelle oder residuelle cervicale oder lumboradikuläre sensomotorische Ausfallsymptomatik. Sonstige relevante pathoanatomische Befunde hätten nicht festgestellt werden können (S. 45). Gestützt auf diese Befunderhebungen leuchten auch die durch den rheumatologischen Gutachter bei einer angepassten Tätigkeit zu berücksichtigenden Einschränkungen ein. So könne die Beschwerdeführerin rheumatologisch-theoretisch eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit unter folgenden Arbeitsplatzbedingungen durchführen: Die Beschwerdeführerin sollte ihre Arbeitsposition regelmässig selbstständig wechseln können. Vermieden werden sollte hingegen die Durchführung von repetitiven Rotationsbewegungen der HWS, Arbeiten verbunden mit forcierter Reklination der HWS, stereotypen Rotationsbewegungen der LWS (fliessbandähnliche Arbeiten) oder Arbeiten stets in Oberköpervorneige- oder -rückhalteposition. Es bestünden keinerlei Einschränkungen für manuelle Arbeiten, idealerweise an einem ergonomisch gut eingestellten Arbeitsplatz. Die Gehfähigkeit in der Ebene auf ebenem Boden sei nicht spezifisch eingeschränkt. Ungünstig wären berufliche Tätigkeiten mit häufigem Gehen auf unebenem Untergrund resp. dem regelmässigen intensiven Benutzen von Treppen oder gar Leitern und Gerüsten. Das Heben und Tragen von Lasten dürfe bis zur Taille 10 kg bis selten 15 kg betragen. Gemäss Einschätzung des rheumatologischen Gutachters bestehe in einer angepassten Tätigkeit eine maximale Präsenz von 6 ■ 8 Stunden und eine um 30 % ■ recte: 25 % (vgl. E. II. 6 hiervoor) ■ reduzierte Leistungsfähigkeit. Somit betrage die Arbeitsfähigkeit insgesamt 75 % (Arbeitsunfähigkeit: 25 %).

Das rheumatologisch Teilgutachten erweist sich somit als grundsätzlich beweiswertig.

6.5.1 Es stellt sich somit die Frage, ob der Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens von Dr. med. G. \_\_\_ allenfalls durch die übrigen medizinischen Berichte

tangiert wird. Der rheumatologische Gutachter hielt diesbezüglich unter dem Titel «Diskussion zu den Akten und früheren Untersuchungen aus rheumatologischer Sicht» fest (IV-Nr. 112.1 S. 45) fest, es lägen ihm keinerlei Akten von Spezialisten des Bewegungsapparates der letzten Jahre vor. So würden die im IV-Dossier vorliegenden effektiven Berichte, z.B. vom Rehasentrum M.\_\_\_\_, vor über 20 Jahren datieren. Diese gutachterliche Einschätzung erweist sich mit Blick auf die in den vorliegenden Akten dokumentierten medizinischen Berichte als korrekt. Folglich wird der Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens durch die übrigen medizinischen Berichte nicht geschmälert.

6.5.2 Das rheumatologische Teilgutachten ist voll beweiswertig.

6.6 Es ist somit noch auf das neurologische Teilgutachten von Dr. med. P.\_\_\_\_ vom 17. Januar 2023 einzugehen (IV-Nr. 112.1 S. 50 ff.). Der neurologische Experte wies keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aus, stellte aber folgende Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest (IV-Nr. 112.1 S. 54): «1. Cervico- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.1, M54.5) ohne Anhalt für radikuläre oder medulläre Beteiligung; 2. Funktionelle Hemihypästhesie recht (ICD-10 R20.8); 3. Subjektive Vergesslichkeit mit Hinweisen für Symptomverdeutlichung». Diese Diagnosestellungen sind aufgrund der neurologischen Befunderhebungen nachvollziehbar. So wurde Folgendes festgehalten (S. 52 f.): Kopf / Hals: Kein Meningismus, Kopf frei beweglich, Nackenmuskulatur locker, Supraklavikulargruben und Nervenaustrittspunkte von N. occipitalis und Trigemini frei, keine Gefässgeräusche über den Karotiden. Herzaktion regelmässig. Hirnnerven: Geruchssinn erhalten, Visus erhalten, Presbyopie mit Brille korrigiert, am Augenhintergrund keine Stauungs- oder Blutungszeichen, Fingerperimetrie unauffällig, regelrechte Pupillo- und Okulomotorik, Trigemini und Fazialis seitengleich intakt, Gehörsinn erhalten, Stimmgabel beidseits gehört, kaudale Hirnnerven unauffällig. Reflexe: An den Armen sind BSR, TSR und RPR, an den Beinen PSR und ASR seitengleich mittellebhaft auslösbar. Keine Pyramidenbahnzeichen. Extremitäten: Unauffälliger Muskeltonus, keine umschriebenen Atrophien, keine trophischen Störungen, kein Tremor. Motorik: Grobe Kraft allseits erhalten, Händedruck seitengleich kräftig, Rechtshändigkeit. Das Gangbild sei unauffällig, Fersen- und Zehen- sowie Strickgang jeweils ungestört. Monopedales Hüpfen seitengleich intakt. Einbeinstand mit geschlossenen Augen 2 ■ 3 Sekunden gehalten. Romberg und Zeigeversuche unauffällig, Eudiadochokinese. Sensibilität: Zunächst kein sensibles Defizit angegeben. Adäquate Wahrnehmung aller Qualitäten, Vibrationsempfinden mit 5 ■ 6 / 8 erhalten, Lasègue negativ. Im Verlauf dann aber doch Hypästhesie über den rechtsseitigen Extremitäten angegeben. Kognitive Funktionen: Wache, bewusstseinsklare, allseits orientierte Beschwerdeführerin. Der Denkablauf sei formal geordnet und ausreichend flüssig. Mehrmals zögere sie mit den Antworten, was aber eher auf dem Eindruck eines Erschöpft-Seins beruhe. Keine mnestischen Defizite. Sie beklage indes eine Vergesslichkeit, was sich aber in der Untersuchung nicht widerspiegle. Beim Kopfrechnen ausreichende Mitarbeit, es würden aber nur ganz leichte Aufgaben gelöst. Freundliche und schwingungsfähige Beschwerdeführerin, welche auch gegen Ende der Untersuchung lache. Überwiegend gute Kooperation. Rey-Test: Es würden 9 von 15 Symbolen richtig wiedergegeben. Das Ergebnis spreche für eine Symptomverdeutlichung. Gestützt auf diese Befunderhebungen überzeugt auch die Einschätzung des neurologischen Gutachters, wonach bei der Beschwerdeführerin die motorischen, sensorischen und kognitiven

Fähigkeiten erhalten seien und sie sodann sowohl in ihrer zuletzt ausgeübten als auch in einer angepassten Tätigkeit als voll arbeitsfähig geschätzt wurde (S. 54).

Das neurologische Teilgutachten ist somit grundsätzlich beweiswertig.

6.6.1 Es ist zu prüfen, ob die medizinischen Vorakten den grundsätzlichen Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens von Dr. med. P.\_\_\_\_ allenfalls zu schmälern vermögen.

Unter dem Titel «Diskussion zu den Akten und früheren Untersuchungen aus neurologischer Sicht» (IV-Nr. 112.1 S. 54) verwies Dr. med. P.\_\_\_\_ auf seine Ausführungen unter dem Titel «Zusammenfassung der bisherigen persönlichen, beruflichen und gesundheitlichen Entwicklung der versicherten Person einschliesslich der aktuellen psychischen, sozialen und gesundheitlichen Situation» (S. 53). Dort hielt er u.a. fest, die Beschwerdeführerin klage seit 2001 über Rückenschmerzen. Der weitere Verlauf sei von rezidivierenden Lumbalgien und Lumboischialgien und zumindest ab 2015 auch von einer psychiatrischen Co-Morbidität in Form von Depressionen gekennzeichnet gewesen. Im Bericht der L.\_\_\_\_ vom 16. Februar 2022 (IV-Nr. 94) werde auch der Verdacht auf eine neurokognitive Störung geäussert und auf schon länger bestehende Vergesslichkeit hingewiesen. Dieser Bericht erwähne auch Vorbefunde von 2002, einmal der Rehaklinik M.\_\_\_\_ und zum anderen des Spitals C.\_\_\_\_, welche jeweils unterdurchschnittliche Ergebnisse bei unspezifischem Leistungsprofilen genannt hätten. Das von den L.\_\_\_\_ empfohlene MRI des Schädels einschliesslich MR-Angiographie sei allerdings regelrecht ausgefallen. Der Bericht der Neurologischen Klinik des Spitals Q.\_\_\_\_ vom 13. Januar 2022 (IV-Nr. 84 S. 7 ff.) fokussiere dann auf Cervicobrachialgien und ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom und nehme eine somatoforme Schmerzausweitung und Gedächtnisstörungen bei Verdacht auf psychoreaktive Genese an. Gemäss nachvollziehbarer Einschätzung des neurologischen Gutachters könne den in diesem Bericht erfolgten Überlegungen anlässlich der aktuellen Untersuchung gut gefolgt werden. So fielen diese in objektiver Hinsicht nun gleichfalls regelrecht aus und es ergebe sich kein Anhalt für eine radikuläre oder medulläre Beteiligung im Rahmen der schmerzhaften Wirbelsäulensyndrome. Der degenerative Anteil sei ■ so die schlüssiger Darlegung von Dr. med. R.\_\_\_\_ ■ vom rheumatologischen Fachgebiet zu berücksichtigen. Mit zu nennen sei noch eine angegebene rechtsseitige Hemihypästhesie, welche von der Beschreibung her als funktionell einzuordnen sei. Auch in kognitiver Hinsicht wirke die Beschwerdeführerin unauffällig, betone aber sehr ihre Gedächtnisstörungen. Die Kopfrechenleistungen, die sie als erhalten angebe, wirkten deutlich unterdurchschnittlich, seien aber primär auf eine unzureichende Beschulung zurückzuführen. Eine wesentliche frühkindliche Hirnschädigung mit höhergradiger Intelligenzminderung lasse sich aus der Anamnese nicht ableiten. Diese gutachterliche Einschätzung überzeugt aufgrund der nachfolgenden Ausführungen, wonach hiergegen einmal die langjährige Tätigkeit als Kassiererin sowie die fortgesetzte Teilnahme am Strassenverkehr sprächen. In diesem Zusammenhang sei dann ■ so die plausible Schlussfolgerung des neurologischen Gutachters ■ das Ergebnis des bei der Exploration durchgeführten Rey-Tests als bewusstseinsnahe Symptomausweitung zu interpretieren, was sich mit der Einschätzung der neurologischen Klinik [...] decke. Es leuchtet somit ein, dass sich gemäss Dr. med. R.\_\_\_\_ auf neurologischem Gebiet gesamthaft keine, die Arbeitsfähigkeit wesentlich einschränkende Erkrankung ergebe.

Somit hat sich der neurologische Gutachter mit den zeitlich zuvor verfassten medizinischen Berichten ausführlich auseinandergesetzt und diese in nachvollziehbarer und überzeugender Weise diskutiert. Es kann daher festgehalten werden, dass der Beweiswert seines

neurologischen Teilgutachtens durch die zuvor erstatteten medizinischen Berichte nicht geschmälert wird.

6.6.2 Es gilt festzuhalten, dass sich in den vorliegend dokumentierten Akten keine nach dem Zeitpunkt des neurologischen Teilgutachtens vom 17. Januar 2023 erstatteten, medizinischen Berichte von auf das medizinische Fachgebiet der Neurologie spezialisierten Fachpersonen finden. Das neurologischen Teilgutachten ist folglich voll beweismässig.

6.7 Es ist nachfolgend auf die im Zusammenhang mit dem Gutachten geltend gemachten Vorbringen der Beschwerdeführerin einzugehen:

6.7.1 Die Beschwerdeführerin lässt im Wesentlichen vorbringen, ihr Gesundheitszustand sei im Verfügungszeitpunkt nicht rechtsgenügend abgeklärt worden (A.S. 8). So habe die Beschwerdegegnerin trotz der hauptsächlich kognitiven Einschränkungen nicht auf eine neuropsychologische Testung bestanden. Sie hätte spätestens nach den Beanstandungen durch die behandelnden Spezialisten eine solche in Auftrag geben müssen. Nachdem sie dies unterlassen habe, habe sie den Untersuchungsgrundsatz gemäss Art. 43 ATSG verletzt.

Wie bereits oben dargelegt (vgl. E. II. 6.4 hiervor) hat sich der psychiatrische Gutachter J.\_\_\_\_ in seinem psychiatrischen Teilgutachten mit den kognitiven Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin durchaus auseinandergesetzt. So konnte er die von lic. phil. K.\_\_\_\_ im Bericht vom 18. Juli 2022 in diesem Zusammenhang angegebene «schwerwiegende Beeinträchtigung im alltäglichen Leben» nicht bestätigen. Er verwies diesbezüglich aber auch auf den Neurologen Dr. med. P.\_\_\_\_, der sich in seinem neurologischen Teilgutachten u.a. auch mit den kognitiven Funktionen der Beschwerdeführerin beschäftigte (vgl. E. II. 6.1 und 6.6.1 hiervor) und dabei keine wesentliche Einschränkung feststellen konnte. Es wurde zudem eine neuropsychologische Testung im Sinne des Rey-Tests durchgeführt, die für eine Symptomverdeutlichung der Beschwerdeführerin spreche. Diesbezüglich kann zudem festgehalten werden, dass bei einem Gutachten die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend ist und den Testverfahren im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung höchstens eine ergänzende Funktion zukommt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_728/2018 vom 21. März 2019 E. 3.3 mit Hinweisen). Es kann daher bei der Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung bei der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ gerade nicht ■ wie von der Beschwerdeführerin vorgebracht ■ von «hauptsächlich kognitiven Einschränkungen» ausgegangen werden. Unter diesen Umständen ist auch nicht einzusehen, inwiefern weitere neuropsychologische Tests hätten durchgeführt werden sollen. So handelt es sich bei einer neuropsychologischen Abklärung lediglich um eine Zusatzuntersuchung, welche bei begründeter Indikation in Erwägung zu ziehen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_11/2021 vom 16. April 2021 E. 4.2 m.w.H.; je mit Hinweis auf Ziff. 4.3.2.2 der Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie [SGPP] 2016). Eine solche Indikation war indes im vorliegenden Fall gerade nicht gegeben.

6.7.2 Zusammenfassend erweist sich somit das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 3. April 2023 als voll beweismässig. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 6. Juni 2024 (A.S. 1 ff.) aus medizinischer Sicht auf dieses Gutachten abgestellt hat. Es kann daher auch auf die im Gutachten ausgewiesene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden. Folglich ist der Beschwerdeführerin eine angepasste Tätigkeit (körperlich leichte bis intermittierend

mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit mit regelmässig selbständig möglichem Wechsel der Arbeitsposition und unter Vermeiden der Durchführung von repetitiven Rotationsbewegungen der HWS, Arbeiten verbunden mit forcierter Reklination der HWS, stereotype Rotationsbewegungen der LWS oder Arbeiten in stets Oberkörpervorneige- oder -rückhalteposition. Ungünstig wären auch berufliche Tätigkeiten mit häufigem Gehen auf unebenem Grund resp. dem regelmässigen intensiven Benutzen von Treppen oder gar Leitern zu 75 % zumutbar. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit kann seit Jahren angenommen werden, somit auch seit dem Zeitpunkt der letzten IV-Wiederanmeldung im Januar 2022 (IV-Nr. 112.1 S. 10).

7. Nachfolgend ist der von der Beschwerdegegnerin auf 25 % bezifferte Invaliditätsgrad zu beurteilen.

7.1 Für die Bestimmung des Ausmasses der Invalidität (Invaliditätsgrad) wird gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

7.2 Eine zulässige Variante dieses Einkommensvergleichs ist der sog. Prozentvergleich. Dabei ist das ohne Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt. Ein dem Prozentvergleich angenähertes Vorgehen bieten sich namentlich an, wenn Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen (Tabellen-)Lohn zu berechnen sind. Diesfalls erübrigt sich deren genaue Ermittlung: Der Invaliditätsgrad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit (Urteil des Bundesgerichts 9C\_888/2014 vom 4. Februar 2015 E. 2 m.w.H.). Ein eigentlicher Prozentvergleich kann sich praxisgemäss dann rechtfertigen, wenn die adaptierte Tätigkeit dem bisherigen Beruf entspricht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_489/2022 vom 9. März 2023 E. 6.5.4).

7.3 Gemäss den Gutachtern der Gutachterstelle E. \_\_\_ vom 3. April 2023 beträgt die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in angepasster Tätigkeit seit Jahren 75 %. Eine eigentliche angestammte Tätigkeit bestehe gemäss den Gutachtern nicht, so dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit allgemein gehalten werde (vgl. E. II. 6 hiervor). Da somit die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in angestammter wie auch angepasster Tätigkeit gleichermaßen eingeschränkt ist, sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend von derselben Grundlage zu berechnen, weshalb sich im vorliegenden Fall eine genaue Ermittlung der Vergleichseinkommen erübrigt und stattdessen ein Prozentvergleich angestellt werden kann. Folglich entspricht der Invaliditätsgrad vorliegend ausnahmsweise dem Grad der Arbeitsunfähigkeit. Dies wird von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht beanstandet. Demnach beträgt der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin ab 1. Juli 2022 25 %. Dieser Invaliditätsgrad berechtigt nicht zum Bezug einer Invalidenrente (vgl. E. II. 1.3 hiervor). Daran würde sich selbst unter Berücksichtigung des seit 1. Januar 2024 in Kraft getretenen Art. 26bis Abs. 3 IVV zu berücksichtigenden Pauschalabzugs von 10 % nichts ändern. Weitere Gründe für einen Tabellenlohnabzug sind nicht ersichtlich. Es ist daher nicht weiter darauf einzugehen.

8. Es kann an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass sich im vorliegenden Fall eine Prüfung, ob seit der letzten Ablehnungsverfügung vom 6. Oktober 2005 (IV-Nr. 48) eine anspruchsbegründende Änderung in den für den IV-Grad erheblichen Tatsachen eingetreten ist (vgl. E. II. 5 hiervor), erübrigt. Denn es ist davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin seit Jahren ein IV-Grad von 25 % besteht und damit kein Anspruch auf eine Invalidenrente gegeben ist. An diesem Ergebnis würde sich selbst bei Bejahung eines Revisionsgrundes nichts ändern. So wäre diesfalls von dem in der Verfügung vom 6. Oktober 2005 ab

#### **E. 4**

Übergewicht mit BMI von 28.5kg/m<sup>2</sup> (ICD-10 E66.9)

#### **E. 5**

Hämorrhoidalleiden (ICD-10 K64.9)

#### **E. 6**

Nikotinabusus (ICD-10 F17.1) Da die Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten nur aus einer Fachrichtung eingeschränkt sei, ergebe sich keine Diskussion hinsichtlich eines ergänzenden oder additiven Effektes von Einschränkungen. Bei der Beschwerdeführerin bestehe keine eigentliche angestammte Tätigkeit, so dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit allgemein gehalten werde. Zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit wurde Folgendes festgehalten: Es sollte sich um eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit handeln. Die Beschwerdeführerin sollte ihre Arbeitsposition regelmässig selbstständig wechseln können. Vermieden werden sollten die Durchführung von repetitiven Rotationsbewegungen der HWS, Arbeiten verbunden mit forcierter Reklination der HWS, stereotype Rotationsbewegungen der LWS oder Arbeiten in stets Oberkörpervorneige- oder -rückhalteposition. Ungünstig wären berufliche Tätigkeiten mit häufigem Gehen auf unebenem Grund resp. dem regelmässigen intensiven Benutzen von Treppen oder gar Leitern. In einer solchen Tätigkeit wäre eine maximale Präsenz von 6 bis 8 Stunden täglich möglich. Zur Gewährung von gewissen Arbeitspausen bestehe eine leicht reduzierte Leistungsfähigkeit. Insgesamt werde die Arbeitsfähigkeit in einer solchen Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt, bezogen auf ein 100%-Pensum, auf 75 % (25 % Arbeitsunfähigkeit) geschätzt. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit könne seit Jahren angenommen werden, somit auch seit dem Zeitpunkt der letzten IV-Wiederanmeldung im Januar 2022 (IV-Nr. 112.1 S. 10). Zur von Dr. med. D.\_\_\_\_, Praktischer Arzt, RAD, in seiner Stellungnahme vom 24. Mai 2023 (IV-Nr. 116) festgestellten rechnerischen Diskrepanz im rheumatologischen Teilgutachten konnten sich die Gutachterpersonen äussern. Im Schreiben vom 31. Mai 2023 (IV-Nr. 119 S. 3 f.) führten Dres. med. F.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, G.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie, und H.\_\_\_\_, Ärztlicher Leiter, Gutachterstelle E.\_\_\_\_, aus, die Rückfrage sei zu Recht erfolgt. Diese sei zum Glück leicht zu beantworten, da es sich um einen Schreibfehler im rheumatologischen Teilgutachten handle. Die Reduktion der Leistungsfähigkeit müsste selbstverständlich 25 % und nicht 30 % sein. Es werde gebeten, diesen Fehler anzupassen. Ansonsten stimme im Teilgutachten und in der Gesamtbeurteilung alles überein, ausser dieser Zahl. Gestützt darauf führte Dr. med. D.\_\_\_\_, RAD, in der Stellungnahme vom 17. Juli 2023 (IV-Nr. 121 S. 2) aus, mit Antwortschreiben vom 31. Mai 2023 habe die Gutachterstelle E.\_\_\_\_ die geringe rechnerische Diskrepanz im rheumatologischen Teilgutachten klargestellt und korrigiert, und damit auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der interdisziplinären

Gesamtbeurteilung bestätigt, sodass das polydisziplinäre Gutachten aus Sicht des RAD nun vollständig nachvollziehbar und schlüssig sei. Der RAD könne sich daher dieser Beurteilung anschliessen.

6.1 Nachfolgend ist der Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 3. April 2023 (IV-Nrn. 112.1 – 112.3) prüfen: Das Gutachten stammt von unabhängigen Fachärzten der einschlägigen medizinischen Disziplinen der Allgemeinmedizin, Psychiatrie, Rheumatologie und Neurologie, welche fachlich qualifiziert sind, die gesundheitliche Situation und die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu beurteilen. Die Gutachterpersonen haben die Beschwerdeführerin sodann u.a. zu ihren subjektiven Beschwerden und Lebensumständen befragt (IV-Nrn. 112.1.1 S. 22 f., 28 ff., 39 ff., 50 ff.), die Befunde erhoben (IV-Nrn. 112.1 S. 23 f., S. 31 f., 42 ff., 52 f.), die wesentlichen Akten sowie relevante Auszüge aus diesen unter dem Titel «Aktenauszug» zur Kenntnis genommen (IV-Nrn. 112.1 S. 15 ff.) und eine Zusatzdiagnostik im Sinn von Laboruntersuchungen und einer Röntgenuntersuchung veranlasst (IV-Nrn. 112.1 S. 5 und 43, 112.2, 112.3). Auf dieser Grundlage befassten sich die Experten sodann mit dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (IV-Nrn. 112.1 S. 24 ff., 32 ff., 44 ff., 53 ff.) und gelangten im Rahmen der «interdisziplinären Gesamtbeurteilung» (IV-Nr. 112.1 S. 6 ff.) zu einer gesamthaften Beurteilung, welche vor dem Hintergrund der objektivierbaren Befunde nachvollziehbar ist.

6.2 Es ist nachfolgend auf die Teilgutachten und deren Beweiswert einzugehen und zu prüfen, ob die übrigen medizinischen Akten den Beweiswert allenfalls zu schmälern vermögen:

6.3 Im Rahmen des allgemeinmedizinischen Teilgutachtens vom 16. Januar 2023 (IV-Nr. 112.1 S. 21 ff.) stellte Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, keine allgemeininternistische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 24). Dies vermag aufgrund der erhobenen, sich weitgehend als unauffällig präsentierenden, internistischen Untersuchungsbefunde einzuleuchten. So wurde zum allgemeininternistischen Status Folgendes festgehalten: Die Beschwerdeführerin sei in einem unauffälligen Allgemeinzustand. Übergewichtig mit 71 kg bei einer Körpergrösse von 158 cm (BMI 28.5 kg/m<sup>2</sup>). Untersuchung von Kopf und Hals unauffällig. Keine vergrösserten Lymphknoten palpabel. Integument unauffällig. Beine: keine Ödeme, keine Varikosis. Kardiovaskulär: Blutdruck 130 / 80 mmHg, Puls 88 / min., regelmässig, Herzauskultation und Herzpalpation unauffällig, HJR negativ. Periphere Pulse: gut palpabel, keine Strömungsgeräusche. Lungen: Auskultation und Perkussion unauffällig. Abdomen: Druckdolenz im linken Unterbauch, sonst Abdomen weich und unauffällig. In Bezug auf den Bewegungsapparat wurde auf das rheumatologische und betreffend das Nervensystem auf das neurologische Teilgutachten verwiesen (S. 23 f.). Das bei der gutachterlichen Untersuchung festgestellte Übergewicht bei einem errechneten BMI von 28.5 kg/m<sup>2</sup> (ICD-10 E66.9) und die von der Beschwerdeführerin geschilderten Hämorrhoidalleiden (ICD-10 K64.9) sowie der Nikotinabusus (ICD-10 F17.1) wurden vom allgemeininternistischen Gutachter als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt. Aufgrund dieser Diagnosestellungen vermag auch die weitere gutachterliche Einschätzung einzuleuchten, wonach die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit ohne Leistungseinschränkung zu 100 % arbeitsfähig sei (S. 25 f.). Das allgemeininternistische Teilgutachten ist somit grundsätzlich beweiswertig.

6.3.1 Es ist zu prüfen, ob die medizinischen Vorakten den grundsätzlichen Beweiswert des allgemeininternistischen Teilgutachtens von Dr. med. F.\_\_\_\_ allenfalls zu schmälern vermögen. Unter dem Titel «Diskussion zu den Akten und früheren Untersuchungen aus allgemeininternistischer Sicht» (IV-Nr. 112.1 S. 24) setzte sich Dr. med. F.\_\_\_\_ mit

relevanten internistischen Arztberichten auseinander. So hielt er in Bezug auf den Bericht des Allgemeinmediziners Dr. med. I. \_\_\_\_, Facharzt für allgemeine Medizin FMH, vom 28. Februar 2022 fest, er habe sich darin sowohl auf die Problematik des Bewegungsapparates als auch auf die psychische Problematik bezogen. Daher verwies Dr. med. F. \_\_\_\_, diesbezüglich auf die entsprechenden Teilgutachten. Diesen gutachterlichen Ausführungen kann gefolgt werden. So führte der die Beschwerdeführerin seit dem 10. Juni 2021 behandelnde Hausarzt Dr. med. I. \_\_\_\_ im relativ kurz und knapp ausgefallenen Arztbericht vom 28. Februar 2022 (IV-Nr. 93) folgende Diagnosen auf: «Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom; Chronische Cervikobrachialgien; Depression». Bei diesen Diagnosestellungen handelt es sich nicht um Diagnosen aus dem medizinischen Fachgebiet der Allgemeinmedizin, sondern um solche aus den medizinischen Fachgebieten der Psychiatrie und Rheumatologie. Im Weiteren verwies der Hausarzt sodann in Bezug auf die Frage nach der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf die Einschätzung des Psychiaters. Somit lässt sich aus dem Arztbericht vom 28. Februar 2022 weder eine den Einschätzungen von Dr. med. F. \_\_\_\_ im allgemeininternistischen Teilgutachten entgegenstehende internistische Diagnosestellung noch eine entsprechende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ableiten. Es kann in diesem Zusammenhang ergänzend darauf hingewiesen werden, dass behandelnde Ärzte (seien dies Hausärzte oder spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen) im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_317/2019 vom 30. September 2019 E. 4.2.3 mit Hinweisen). Folglich vermag der Arztbericht von Dr. med. I. \_\_\_\_ vom 28. Februar 2021 den Beweiswert des allgemeininternistischen Teilgutachtens von Dr. med. F. \_\_\_\_ vom 16. Januar 2023 nicht zu schmälern. Daran vermag auch der weitere von Dr. med. I. \_\_\_\_ am 1. September 2022 (IV-Nr. 102 S. 1 ff.) verfasste Arztbericht nichts zu ändern. So wurde in diesem im Wesentlichen festgehalten, dass sich im Vergleich zum Vorbericht vom 28. Februar 2022 nichts verändert habe. 6.3.2 Da sich nebst den beiden Arztberichten des Hausarztes Dr. med. I. \_\_\_\_ vom 28. Februar 2021 und 1. September 2022 in den vorliegenden Akten keine weiteren medizinischen Berichte von auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinmedizin spezialisierten Fachpersonen finden, ist dem allgemeininternistischen Teilgutachten von Dr. med. F. \_\_\_\_ der volle Beweiswert zuzusprechen. 6.4 In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten vom 16. Januar 2023 des Psychiaters und Psychotherapeuten J. \_\_\_\_ (IV-Nr. 112.1 S. 28 ff.) ergibt sich Folgendes: Es wurde keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt, aber die folgende Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (S. 35): «Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradiger Ausprägung (ICD-10 F33.0)». Dazu hielt der psychiatrische Gutachter in nachvollziehbarer Weise fest, es sei zunächst zu beurteilen, ob ein Störungsbild aus dem Spektrum der affektiven Erkrankungen vorliege. Die Beschwerdeführerin habe sich in der Untersuchung mit einer subdepressiv herabgesetzten Stimmungslage bei einem verminderten Antrieb und einer allenfalls mässigen affektiven Modulationsfähigkeit gezeigt. Für eine ausgeprägte depressive Symptomatik fänden sich jedoch – so die nachvollziehbare gutachterliche Einschätzung – keine Anhaltspunkte. Zwar habe die Beschwerdeführerin angegeben, dass es ihr erst in der zweiten Tageshälfte besser gehe, nicht nachvollziehbar sei jedoch, warum sie – zumindest gemäss ihren eigenen Angaben – erst in den Mittagsstunden aufstehe. Es möge damit zu tun haben, dass sie wie berichtet, erst gegen 1.30 Uhr ins Bett gehe. Suizidalität sei negiert worden. Es sei allenfalls über streckenweise auftretende Lebensüberdrußgedanken ob ihrer schwierigen

Gesamtsituation berichtet worden. In einer Depression begründbare negativistisch oder pessimistisch gefärbte Gedanken seien nicht vorhanden gewesen. Ebenfalls schlüssig erscheint die vom psychiatrischen Gutachter gezogene Schlussfolgerung, wonach die von der Beschwerdeführerin geschilderten Zukunftssorgen vor einem realen Hintergrund normalpsychologisch nachvollziehbar und nicht als krankheitsbedingt anzusehen seien. Daher sei diagnostisch auch bezüglich der Vorgeschichte von einer «rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode (ICD-10 F33.0)» auszugehen. Weiter ging der psychiatrische Gutachter auf die von der Beschwerdeführerin geschilderten und aktenanamnestisch ausführlich vorbeschriebenen kognitiven Störungen ein und hielt fest, diese seien nicht aus einem Störungsbild aus dem Spektrum der psychischen Erkrankungen heraus abzuleiten. Diese Einschätzung überzeugt aufgrund der nachfolgenden gutachterlichen Ausführungen. So könnten sich zwar bei schwergradig ausgeprägten depressiven Episoden pseudodemenzielle, einer Demenzerkrankung sehr ähnelnden Symptome, finden, wobei aktuell eine allenfalls nur leichtgradig ausgeprägte depressive Symptomatik habe festgestellt werden können. Für eine demenzielle Entwicklung hätten sich zumindest in der Vorgeschichte gemäss Aktenlage auch keine Anhaltspunkte gefunden. Dies sollte jedoch – so die plausible Beurteilung des psychiatrischen Gutachters – am ehesten von neurologischer Seite aus diskutiert und beurteilt werden. Für weitere Störungsbilder aus dem Spektrum der psychischen Erkrankungen hätten sich keine Anhaltspunkte gefunden, insbesondere nicht für eine Persönlichkeitsstörung, eine Psychose oder eine Suchterkrankung (S. 34). Gestützt auf diese nachvollziehbaren gutachterlichen Ausführungen vermag einzuleuchten, dass keine weiteren psychiatrischen Diagnosen gestellt wurden. Der psychiatrische Gutachter J.\_\_\_\_ wies ferner darauf hin, dass bei der Beschwerdeführerin mehrere psychosoziale Belastungsfaktoren bestünden. Diese Beurteilung leuchtet aufgrund der nachfolgenden gutachterlichen Ausführungen ein, wonach die Beschwerdeführerin ihren Traum, Ärztin zu werden, nie habe verwirklichen können und in ihrer Heimat eine Ausbildung als Krankenschwester absolviert habe, welche jedoch in der Schweiz nicht akzeptiert worden sei. Zudem habe sie über Jahre in eher kurzen Anstellungsverhältnissen – vornehmlich als Aushilfskraft im Lebensmitteldetailhandel als Verkäuferin und Kassiererin – gearbeitet. Es gebe auch innerfamiliäre Schwierigkeiten. So sei das Verhältnis mit dem Ehemann nicht harmonisch. Dieser beziehe langjährig eine IV-Rente nach einem Arbeitsunfall und leide offenbar an Depressionen. Ferner sei die finanzielle Zukunft ungewiss. Es werde noch bis zum Frühjahr diesen Jahres Krankentaggeld bezogen, ungewiss sei dann die weitere Finanzierung. Es bestünden auch bereits Privatschulden. Ausserdem sei der Umstand, dass alle drei Kinder bereits von daheim ausgezogen seien, für die Beschwerdeführerin belastend (S. 35). Das psychiatrische Teilgutachten ist somit grundsätzlich beweiswertig. 6.4.1 Es ist zu prüfen, ob die medizinischen Vorakten den grundsätzlichen Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens des Psychiaters und Psychotherapeuten J.\_\_\_\_ allenfalls zu schmälern vermögen. Unter dem Titel «Diskussion zu den Akten und früheren Untersuchungen aus psychiatrischer Sicht» (IV-Nr. 112.1 S. 33 f.) setzte sich der psychiatrische Gutachter mit relevanten medizinischen Vorakten auseinander. Im Behandlungsbericht der die Beschwerdeführerin ambulant behandelnden Psychologin lic. phil. K.\_\_\_\_ vom 18. Juli 2022 (IV-Nr. 97) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: «Neurokognitive Störung (L.\_\_\_\_, 17. Februar 2022); Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht ICD-10 F33.0; Persönlichkeitsakzentuierung (submissiv-abhängiger Anteil,

unsicher-ängstlich-vermeidend)». Der psychiatrische Gutachter hielt diesbezüglich überzeugend fest, es hätten sich in der aktuellen Untersuchung keine Anhaltspunkte für persönlichkeitsstrukturelle Auffälligkeiten gefunden. Die beschriebene leichtgradige depressive Symptomatik habe sich indes auch in der Untersuchung gezeigt. So sei weiterhin eine Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit und des Gedächtnisses feststellbar, welche jedoch im Arztbericht ebenfalls nicht weiter verifiziert worden seien. Im Behandlungsbericht werde angegeben, dass sich die kognitiven Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben schwerwiegend auswirkten. Dieses derart Ausgeprägte habe sich in der aktuellen Untersuchung aber nicht gezeigt. Im Bericht werde bspw. angegeben, dass die Beschwerdeführerin am Ende einer Sitzung mit den Socken Richtung Ausgang gelaufen sei oder sie im Gespräch den Faden verloren habe. Dies habe sich in der aktuellen Untersuchung nicht gezeigt. Aufgrund dieser Ausführungen erscheint schlüssig, dass der psychiatrische Gutachter festhielt, es werde im Arztbericht gesamthaft keine psychiatrische Diagnose genannt, aus welcher heraus sich derart ausgeprägte kognitive Einschränkungen ableiten liessen (S. 33). Es ist somit davon auszugehen, dass der Behandlungsbericht vom 18. Juli 2022 den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht zu schmälern vermag. Im Weiteren befasste sich der psychiatrische Gutachter mit dem «Untersuchungsbericht Neuropsychologie» der L.\_\_\_\_, vom 16. Februar 2022 (IV-Nr. 94). So werde in diesem zunächst angegeben, dass bereits im Juni 2002 und im Dezember 2012 von der Reha M.\_\_\_\_ bzw. vom Spital C.\_\_\_\_ mittelschwere bis schwere kognitive Minderleistungen beschrieben worden seien. Dies spreche dafür, dass hier möglicherweise ein langjähriges Störungsbild vorliege, was jedoch in den vorliegenden Behandlungsberichten lediglich bezüglich der Symptomatik und nicht der Ursache beschrieben werde. Gemäss dem psychiatrischen Gutachter werde im Bericht sodann angegeben, dass die Beschwerdeführerin sogar ihre Turnschuhe in den Backofen gelegt und die schmutzige Wäsche in die Toilette statt in die Waschmaschine geworfen habe. Diese Angaben der Beschwerdeführerin seien jedoch kaum nachvollziehbar. Diese gutachterlichen Einschätzung überzeugt aufgrund der nachfolgenden gutachterlichen Begründung. Demnach müsste für derartige Fehlhandlungen prinzipiell eine Demenzerkrankung in einer zumindest mittel- bis schwergradigen Ausprägung vorliegen. Dementgegen stehe jedoch – so der Gutachter –, dass die Beschwerdeführerin in der Lage sei, ihren Haushalt grösstenteils selbst zu versorgen, sie über Jahre in der Lage gewesen sei, in einer gewissen Weise kognitiv beanspruchenden beruflichen Tätigkeiten nachzugehen, und sie bis heute sogar Auto fahre. Folglich vermag der «neurologische Untersuchungsbericht» vom 16. Februar 2022 den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht zu schmälern. Ferner befasste sich der psychiatrische Gutachter J.\_\_\_\_ mit dem durch die Psychologin lic. phil. K.\_\_\_\_ am 22. November 2021 weiter verfassten Bericht (IV-Nr. 84 S. 2 ff.). Es werde darin angegeben, dass psychosoziale Belastungsfaktoren wie die seit Jahren bestehende Invalidität des Ehemannes oder die seit Juli bestehende Krebserkrankung des Vaters, den Genesungsprozess der Beschwerdeführerin erschwerten. Dieser Einschätzung könne – so die gutachterlich überzeugende Einschätzung – gefolgt werden. Diagnostisch werde primär von einer neurokognitiven Störung unklarer Ätiologie sowie einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichtgradige Ausprägung, ausgegangen. Die in diesem Zusammenhang erfolgte Beurteilung des psychiatrischen Gutachter, wonach zumindest der Diagnose einer leichtgradigen Depression zu folgen sei, überzeugt unter Heranziehung der Ausführungen zum Bericht von Dr. med. K.\_\_\_\_ vom 18. Juli 2022 (vgl. oben). Somit

vermag auch dieser Bericht den grundsätzlichen Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht in Frage zu stellen. Im Weiteren befasste sich der psychiatrische Gutachter J.\_\_\_\_ mit dem «medizinischen Bericht» der N.\_\_\_\_ vom 29. März 2016, bei der sich die Beschwerdeführerin seit 18. Mai 2015 in regelmässiger psychiatrischer-psychotherapeutischer Behandlung befinde (IV-Nr. 60). Er ging sodann auf die darin u.a. gestellten Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung, einer somatoformen Schmerzstörung und von akzentuierten Persönlichkeitszügen ein. Dabei hielt er in nachvollziehbarer Weise fest, es hätten sich im Rahmen der Begutachtung für eine somatoforme Schmerzstörung zunächst keine Anhaltspunkte gefunden. So hätten für die beklagten Beschwerden die in ihrer Ausprägung und Lokalisation hinreichend erklärbaren pathoanatomischen Befunde erhoben werden können (IV-Nr. 112.1 S. 33 f.). Auch für akzentuierte Persönlichkeitszüge hätten sich gemäss der schlüssigen gutachterlichen Einschätzung keine Anhaltspunkte gefunden. Auch die weitere Beurteilung des psychiatrischen Gutachters leuchtet ein: So sei die diagnostizierte mittelgradig ausgeprägte depressive Episode nicht aus dem erhobenen psychopathologischen Befund heraus abzuleiten, da in diesem lediglich eine depressive Verstimmung benannt werde. Gestützt auf diese Einschätzungen erweist sich auch die daraus gezogene Schlussfolgerung des psychiatrischen Gutachters als plausibel, wonach eine seit dem 22. Mai 2015 bis auf Weiteres attestierte Arbeitsunfähigkeit, nicht nachvollziehbar sei. Folglich schmälert der Bericht der N.\_\_\_\_ vom 29. März 2016 den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht. In Bezug auf den «neuropsychologischen Bericht» des Reha-Zentrums M.\_\_\_\_ vom 23. Juni 2002 (IV-Nr. 23 S. 7 f.), in dessen Rahmen diverse neuropsychologische Testungen stattfanden, führte der psychiatrische Gutachter aus, es werde darin zusammengefasst, dass von einer deutlich beeinträchtigten Gedächtnisleistung ausgegangen werde. Diese Einschätzung decke sich gemäss dem Gutachter mit den weiteren vorliegenden Unterlagen. Diese Beurteilung vermag unter Heranziehung der entsprechenden Akten zu überzeugen. Auch im Rahmen der gutachterlichen psychiatrischen Exploration wurde sodann u.a. festgehalten, es hätten sich im Gespräch Beeinträchtigungen der Konzentration und im Gedächtnis bei einer ungestörten Aufmerksamkeit gezeigt (IV-Nr. 112.1 S. 31). Insgesamt wird somit durch den neuropsychologischen Bericht vom 23. Juni 2002 der Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht geschmälert. Schliesslich ging der Psychiater J.\_\_\_\_ noch auf das psychiatrische Teilgutachten der Gutachterstelle MEDAS des Spitals C.\_\_\_\_ vom 6. September 2004 ein und führte aus, dass darin diagnostisch allenfalls von einer leichtgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.0) ausgegangen (IV-Nr. 37.2) werde, die aus dem seinerzeit erhobenen psychopathologischen Befund heraus erklärbar und nachvollziehbar gewesen sei (IV-Nr. 112.1 S. 34). Eine Schmälerung des Beweiswertes des psychiatrischen Teilgutachtens vom 16. Januar 2023 ist somit ebenfalls nicht ersichtlich.

6.4.2 Zusammenfassend vermögen die vor dem psychiatrischen Teilgutachten vom 16. Januar 2023 verfassten psychiatrischen Berichte dessen Beweiswert nicht in Frage zu stellen.

6.4.3 Es stellt sich ferner die Frage, ob der Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachten vom 16. Januar 2023 (IV-Nr. 112.1 S. 20 ff.) allenfalls durch zeitlich später verfasste medizinische Berichte geschmälert wird:

6.4.3.1 Zunächst ist auf das gegen den Vorbescheid vom 19. September 2023 (IV-Nr. 122) gerichtete Einwandschreiben von lic. phil. K.\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2023 (IV-Nr. 128 S. 2 ff.) einzugehen. Die behandelnde Psychologin stellte sich dabei zunächst auf den Standpunkt, dass es heute einen auffälligen kognitiven Befund (2022) gebe, der im Gutachten nicht ausreichend berücksichtigt worden

sei. Diesbezüglich kann zunächst darauf hingewiesen werden, dass im «Untersuchungsbericht Neuropsychologie» vom 16. Februar 2022 der L.\_\_\_\_ (IV-Nr. 94) – auf den sich die behandelnde Psychologin in ihrem Einwandschreiben bezieht – lediglich ein «Verdacht auf eine neurokognitive Störung» diagnostiziert wurde. Eine Verdachtsdiagnose entspricht jedoch keiner gesicherten Diagnose. Wie bereits oben ausgeführt (vgl. E. II. 6.5.2 hiervor), hat sich der psychiatrische Gutachter J.\_\_\_\_ im Rahmen seines psychiatrischen Teilgutachtens mit dem entsprechenden Bericht der L.\_\_\_\_ vom 16. Februar 2022 durchaus befasst und sich in nachvollziehbarer Weise mit diesem auseinandergesetzt. Damit wird das Vorbringen von lic. phil. K.\_\_\_\_, wonach im Gutachten keine ausreichende Berücksichtigung des auffälligen kognitiven Befundes stattgefunden habe, entkräftet. In diesem Sinn hielt auch der RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 3. April 2023 (IV-Nr. 133 S. 2 f.) fest, es handle sich beim Einwandschreiben vom 18. Oktober 2023 um eine andere Beurteilung desselben medizinischen Sachverhaltes durch eine nichtärztliche Fachperson. Lic. phil. K.\_\_\_\_ bemängelt sodann die Dauer der Begutachtung von einer Stunde und die während dieser Zeit durchgeführten drei kognitiven Testungen, welche von der Beschwerdeführerin als einfach empfunden worden seien. Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass es grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_771/2019 vom 19. Mai 2020 E. 4.4 m.w.H.). Dies ist, wie oben dargelegt, der Fall. Zudem fällt es ins Ermessen des jeweiligen medizinischen Experten, ob überhaupt und wenn ja, welche Art von Test als Untersuchungsmethode durchzuführen ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_768/2012 vom 24. Januar 2013, 8C\_780/2014 vom 25. März 2015 E. 5.1, 9C\_216/2018 vom 7. September 2018 E. 3.5, alle m.w.H.). Somit vermag lic. phil. K.\_\_\_\_ auch mit dem gegen die durchgeführten Testungen gerichteten Vorbringen nicht durchzudringen. Gemäss lic. phil. K.\_\_\_\_ stelle sich zudem die Frage, weshalb der Gutachter die neurokognitive Einschränkung als nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt habe, ihre Vergesslichkeit jedoch als so gefährdend einstufte, dass sie das Autofahren aufgeben müsse. Diesem Vorbringen kann nicht gefolgt werden: So hielt der psychiatrische Gutachter J.\_\_\_\_ im Rahmen von «Bemerkungen» Folgendes fest: «Es konnten zwar wie in der Vorgeschichte beschrieben in der aktuellen Untersuchung keine gravierenden kognitiven Einschränkungen festgestellt werden. Aufgrund des Umstandes jedoch, dass zumindest aktenanamnestisch erhebliche Fehlhandlungen beschrieben werden, sollte, da die Beschwerdeführerin weiterhin Auto fährt, eine Abklärung der Fahreignung durch die zuständigen Behörden in die Wege geleitet werden.» (IV-Nr. 112.1 S. 37). Aus dieser Formulierung lässt sich kein Widerspruch ableiten. So ist im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens gerade nicht von einem bevorstehenden Führerausweisentzug die Rede. Gemäss dem psychiatrischen Gutachter sollte lediglich eine Überprüfung der Fahreignung aufgegleist werden. Es kann zudem ergänzend darauf hingewiesen werden, dass auch bereits lic. phil. K.\_\_\_\_ im Arztbericht vom 18. Juli 2022 (IV-Nr. 97) Zweifel an der Fahreignung der Beschwerdeführerin geäussert und diesbezüglich auf den durchgeführten Mini-ICF (Mobilität) hingewiesen hat. In diesem wurde u.a. in Bezug auf die «Mobilität und Verkehrsfähigkeit» eine leichte Beeinträchtigung festgestellt. So könne die Beschwerdeführerin mit dem Auto von A nach B fahren. Jedoch komme es öfter vor, dass sie sich aufgrund Orientierungsverlust und Vergesslichkeit verfare (auch wenn sie die Orte gut kenne) und sich verspäte. Dasselbe gelte für den öffentlichen Verkehr (IV-Nr. 97 S. 5). Das entsprechende Vorbringen von lic.

phil. K.\_\_\_\_ vermag somit den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht zu verringern. Insgesamt vermag das Einwandschreiben von lic. phil. K.\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2023 (IV-Nr. 128 S. 2 ff.) am beweismässigen psychiatrischen Teilgutachten keine Zweifel hervorzurufen. 6.4.3.2 Einzugehen ist sodann auf das Schreiben von med. pract. O.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 13. November 2023 (IV-Nr. 131 S. 4 ff.). Auf die darin ausgewiesenen psychiatrischen Diagnosestellungen («Verdacht auf neurokognitive Störung [Erstdiagnose: L.\_\_\_\_, 17. Februar 2022]; Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht-mittelgradig, ICD-10 F33.1; Persönlichkeitsakzentuierung, ICD-10 Z73.1 (submissiv-anhängiger Anteil, unsicher-ängstlich vermeidend) ging med. pract. O.\_\_\_\_ nicht weiter ein. Diese erweisen sich somit als nicht nachvollziehbar. Es geht sodann aus dem Bericht auch nicht hervor, inwiefern sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in Bezug auf den Schweregrad der depressiven Störung seit dem psychiatrischen Teilgutachten vom 16. Januar 2023 verschlechtert haben soll. Eingehend auf die von med. pract. O.\_\_\_\_ diagnostizierte «Persönlichkeitsakzentuierung» hielt Dr. med. D.\_\_\_\_, RAD, in seiner Stellungnahme vom 3. April 2024 (IV-Nr. 133 S. 3) fest, dass diese – selbst wenn sie vorliegen würde – im Gegensatz zu einer Persönlichkeitsstörung keinen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätte. Diese Einschätzung erweist sich als korrekt. So können Z-codierte Belastungsfaktoren zwar den Gesundheitszustand beeinflussen und zu einer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, stellen aber keine rechtserheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen dar (Urteil des Bundesgerichts 9C\_468/2015 vom 29. Januar 2016 E. 3.2). Somit hat die durch med. pract. O.\_\_\_\_ neu ausgewiesene Diagnose einer Persönlichkeitsakzentuierung gemäss ICD-10 Z73.1 letztlich keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Med. pract. O.\_\_\_\_ beanstandet im Wesentlichen, dass im psychiatrischen Teilgutachten zwar die psychosozialen Belastungsfaktoren gewürdigt worden seien, aber trotzdem die Frage offenbleibe, weshalb im Longitudinalverlauf deutlich werdende absenzartige Episoden mit erhöhter Vergesslichkeit mit dann auftretenden Fehlbläufen wie Liegenlassen des Portemonnaies oder Vergessen zu zahlen, keinen Widerhall fänden. Dies v.a., weil diese nicht allein mit der depressiven Entwicklung erklärt werden könnten. Gemäss med. pract. O.\_\_\_\_ könne eine Neigung zur Aggravation bestehender Defizite schon allein aufgrund der Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin ausgeschlossen werden. Eine nähere Auseinandersetzung mit der Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin findet sich im Bericht von med. pract. O.\_\_\_\_ indes nicht. Daher erweist sich seine entsprechende Einschätzung als nicht nachvollziehbar. Im Rahmen der psychiatrischen Exploration vom 16. Januar 2023 berichtete die Beschwerdeführerin von ihrer Vergesslichkeit (IV-Nr. 112.1 S. 29). So habe sie angegeben, sie vergesse rasch, bspw. was sie gerade gefragt worden sei. Die Gedächtnisstörungen beständen sicherlich bereits seit vier Jahren und hätten sich vor zwei Jahren nach einer Borreliose-Infektion verstärkt. Sie sei manchmal nervös, wenn sie etwas vergessen habe. Das Kurz- und Langzeitgedächtnis seien gleich schlecht. Es sei beispielsweise vorgekommen, dass sie zweimal den gleichen Artikel gekauft habe. Aufgrund dieser subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ist davon auszugehen, dass der psychiatrische Gutachter J.\_\_\_\_ davon Kenntnis hatte. Er hielt sodann unter dem Titel «kognitive Funktionen» auch fest, dass sich die beklagte Vergesslichkeit in der Untersuchung nicht widerspiegle. So sei beim Kopfrechnen eine ausreichende Mitarbeit gegeben, es würden aber nur ganz leichte Aufgaben gelöst. Zudem handle es sich um eine freundliche und schwingungsfähige Beschwerdeführerin, welche auch gegen Ende der Untersuchung lache. Es sei eine überwiegend gute Kooperation gegeben (IV-Nr. 112.1

S. 53). Unter diesen Umständen wird das Vorbringen von med. pract. O.\_\_\_\_, wonach die erhöhte Vergesslichkeit im Gutachten keinen Widerhall gefunden habe, entkräftet. Der Beweiswert des psychiatrischen E.\_\_\_\_ GmbH-Teilgutachtens wird durch das Schreiben von med. pract. O.\_\_\_\_ vom 13. November 2023 (IV-Nr. 131 S. 4 f.) nicht geschmälert. In diesem Sinn hielt auch Dr. med. D.\_\_\_\_, RAD, in seiner Stellungnahme vom 3. April 2024 (IV-Nr. 133 S. 3) fest, der Psychiater habe keine neuen Diagnosen oder medizinischen Sachverhalte genannt, die den Gutachern nicht bereits bei deren Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bekannt gewesen seien. Es handle sich demnach bei der Stellungnahme des Psychiaters vom 13. November 2023 um eine andere Beurteilung desselben medizinischen Sachverhaltes.

6.4.4 Zusammenfassend vermögen die nach dem psychiatrischen Teilgutachten von 16. Januar 2023 verfassten psychiatrischen Berichte dessen Beweiswert ebenfalls nicht in Frage zu stellen.

6.4.5 Das psychiatrische Teilgutachten vom 16. Januar 2023 genießt somit den vollen Beweiswert.

6.5 Einzugehen ist auf das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 17. Januar 2023 (IV-Nr. 112.1 S. 39 ff.). Die in diesem gestellten Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit («Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont [ICD-10 M54.5]; Chronisches cervikospondylogenes Schmerzsyndrom [ICD-10 M 53.0]; Klinisch leicht beginnende mediale sowie patello-femorale Gonarthrose beidseits bei Genuvarum [ICD-10 M17.0]», S. 46), vermögen gestützt auf die bei der klinischen Untersuchung und veranlassten Röntgenuntersuchung erhobenen Befunde einzuleuchten. So wurden im Rahmen der bildgebenden Abklärungen folgende Befunde erhoben: Lumbal links- sowie thorakal rechtskonvexe Skoliose. Akzentuierte Steilstellung des Sacrums. Insgesamt gut erhaltene Bandscheibenhöhen lumbal. Diskrete ventrale Spondylose zwischen LWK2 – 5 der Deckplatte sowie LWK2 der Grundplatte im Sinne von leicht beginnenden Chondrosen. Prominente Processus spinosus ISG. Die mitabgebildeten Hüftgelenke stellten sich unauffällig dar (S. 43). Die klinisch-rheumatologische Untersuchung habe zudem eine diskrete Wirbelsäulenfehlhaltung und -fehlform ergeben. Die funktionelle Bewegungsprüfung lumbal habe eine leichte Einschränkung bei insgesamt sehr guter Flexion der LWS ergeben. Ebenso habe eine normale BWS-Bewegungsfähigkeit bestanden. Funktionell habe objektiv eine Bewegungseinschränkung der HWS in Bezug auf die maximale Rotation nach rechts festgestellt werden können, durchaus kompatibel mit den radiomorphologisch im Jahr 2022 festgestellten osteochondrotischen degenerativen Veränderungen an der HWS. Der periphere Gelenkstatus an den oberen Extremitäten sei ebenso unauffällig gewesen wie der Hüftgelenkstatus. Die Kniegelenke zeigten eine gewisse Varusfehlstellung, funktionell seien beide Gelenke frei beweglich und reizlos gewesen. Es vermag denn auch einzuleuchten, dass aufgrund der Anamnese und den früheren Röntgenbildern im Rahmen der Varusfehlstatik eine leicht beginnende mediale sowie diskret beginnende Patellofemoralarthrose differenzialdiagnostisch diskutiert werden könne. Die Füße zeigten zudem eine leichte Fussfehlstatik, welche aktuell nicht mittels Einlagen versorgt werde, bei ansonsten unauffälligem Befund. Im Weiteren vermag aufgrund des festgestellten, cursorisch neurologischen Status mit völlig normaler Kraftentwicklung an den oberen und unteren Extremitäten und der am rechten Bein dermatomal nicht zuzuordnenden zirkulären Hypästhesie, der Hinweis des rheumatologischen Gutachters auf das neurologische Gutachten einzuleuchten. So bestünden gemäss Dr. med. G.\_\_\_\_ rein klinisch keine Hinweise für eine aktuelle oder residuelle cervicale oder lumboradikuläre sensomotorische Ausfallsymptomatik. Sonstige relevante pathoanatomische Befunde hätten nicht festgestellt werden können (S. 45).

Gestützt auf diese Befunderhebungen leuchten auch die durch den rheumatologischen Gutachter bei einer angepassten Tätigkeit zu berücksichtigenden Einschränkungen ein. So könne die Beschwerdeführerin rheumatologisch-theoretisch eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit unter folgenden Arbeitsplatzbedingungen durchführen: Die Beschwerdeführerin sollte ihre Arbeitsposition regelmässig selbstständig wechseln können. Vermieden werden sollte hingegen die Durchführung von repetitiven Rotationsbewegungen der HWS, Arbeiten verbunden mit forcierter Reklination der HWS, stereotypen Rotationsbewegungen der LWS (fliessbandähnliche Arbeiten) oder Arbeiten stets in Oberköpervorneige- oder -rückhalteposition. Es bestünden keinerlei Einschränkungen für manuelle Arbeiten, idealerweise an einem ergonomisch gut eingestellten Arbeitsplatz. Die Gehfähigkeit in der Ebene auf ebenem Boden sei nicht spezifisch eingeschränkt. Ungünstig wären berufliche Tätigkeiten mit häufigem Gehen auf unebenem Untergrund resp. dem regelmässigen intensiven Benutzen von Treppen oder gar Leitern und Gerüsten. Das Heben und Tragen von Lasten dürfe bis zur Taille 10 kg bis selten 15 kg betragen. Gemäss Einschätzung des rheumatologischen Gutachters bestehe in einer angepassten Tätigkeit eine maximale Präsenz von 6 – 8 Stunden und eine um 30 % – recte: 25 % (vgl. E. II. 6 hiervor) – reduzierte Leistungsfähigkeit. Somit betrage die Arbeitsfähigkeit insgesamt 75 % (Arbeitsunfähigkeit: 25 %). Das rheumatologisch Teilgutachten erweist sich somit als grundsätzlich beweiswertig.

6.5.1 Es stellt sich somit die Frage, ob der Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens von Dr. med. G.\_\_\_\_ allenfalls durch die übrigen medizinischen Berichte tangiert wird. Der rheumatologische Gutachter hielt diesbezüglich unter dem Titel «Diskussion zu den Akten und früheren Untersuchungen aus rheumatologischer Sicht» fest (IV-Nr. 112.1 S. 45) fest, es lägen ihm keinerlei Akten von Spezialisten des Bewegungsapparates der letzten Jahre vor. So würden die im IV-Dossier vorliegenden effektiven Berichte, z.B. vom Rehasentrum M.\_\_\_\_, vor über 20 Jahren datieren. Diese gutachterliche Einschätzung erweist sich mit Blick auf die in den vorliegenden Akten dokumentierten medizinischen Berichte als korrekt. Folglich wird der Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens durch die übrigen medizinischen Berichte nicht geschmälert.

6.5.2 Das rheumatologische Teilgutachten ist voll beweiswertig.

6.6 Es ist somit noch auf das neurologische Teilgutachten von Dr. med. P.\_\_\_\_ vom 17. Januar 2023 einzugehen (IV-Nr. 112.1 S. 50 ff.). Der neurologische Experte wies keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aus, stellte aber folgende Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest (IV-Nr. 112.1 S. 54): «1. Cervico- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.1, M54.5) ohne Anhalt für radikuläre oder medulläre Beteiligung; 2. Funktionelle Hemihypästhesie recht (ICD-10 R20.8); 3. Subjektive Vergesslichkeit mit Hinweisen für Symptomverdeutlichung». Diese Diagnosestellungen sind aufgrund der neurologischen Befunderhebungen nachvollziehbar. So wurde Folgendes festgehalten (S. 52 f.): Kopf / Hals: Kein Meningismus, Kopf frei beweglich, Nackenmuskulatur locker, Supraklavikulargruben und Nervenaustrittspunkte von N. occipitalis und Trigemini frei, keine Gefässgeräusche über den Karotiden. Herzaktion regelmässig. Hirnnerven: Geruchssinn erhalten, Visus erhalten, Presbyopie mit Brille korrigiert, am Augenhintergrund keine Stauungs- oder Blutungszeichen, Fingerperimetrie unauffällig, regelrechte Pupillo- und Okulomotorik, Trigemini und Fazialis seitengleich intakt, Gehörsinn erhalten, Stimmgabel beidseits gehört, kaudale Hirnnerven unauffällig. Reflexe: An den Armen sind BSR, TSR und RPR, an den Beinen PSR und ASR seitengleich mittellebhaft auslösbar. Keine Pyramidenbahnzeichen.

Extremitäten: Unauffälliger Muskeltonus, keine umschriebenen Atrophien, keine trophischen Störungen, kein Tremor. Motorik: Grobe Kraft allseits erhalten, Händedruck seitengleich kräftig, Rechtshändigkeit. Das Gangbild sei unauffällig, Fersen- und Zehen- sowie Strickgang jeweils ungestört. Monopedales Hüpfen seitengleich intakt. Einbeinstand mit geschlossenen Augen 2 – 3 Sekunden gehalten. Romberg und Zeigeversuche unauffällig, Eudiadochokinese. Sensibilität: Zunächst kein sensibles Defizit angegeben. Adäquate Wahrnehmung aller Qualitäten, Vibrationsempfinden mit 5 – 6 / 8 erhalten, Lasègue negativ. Im Verlauf dann aber doch Hypästhesie über den rechtsseitigen Extremitäten angegeben. Kognitive Funktionen: Wache, bewusstseinsklare, allseits orientierte Beschwerdeführerin. Der Denkablauf sei formal geordnet und ausreichend flüssig. Mehrmals zögere sie mit den Antworten, was aber eher auf dem Eindruck eines Erschöpft-Seins beruhe. Keine mnestischen Defizite. Sie beklage indes eine Vergesslichkeit, was sich aber in der Untersuchung nicht widerspiegle. Beim Kopfrechnen ausreichende Mitarbeit, es würden aber nur ganz leichte Aufgaben gelöst. Freundliche und schwingungsfähige Beschwerdeführerin, welche auch gegen Ende der Untersuchung lache. Überwiegend gute Kooperation. Rey-Test: Es würden 9 von 15 Symbolen richtig wiedergegeben. Das Ergebnis spreche für eine Symptomverdeutlichung. Gestützt auf diese Befunderhebungen überzeugt auch die Einschätzung des neurologischen Gutachters, wonach bei der Beschwerdeführerin die motorischen, sensorischen und kognitiven Fähigkeiten erhalten seien und sie sodann sowohl in ihrer zuletzt ausgeübten als auch in einer angepassten Tätigkeit als voll arbeitsfähig geschätzt wurde (S. 54). Das neurologische Teilgutachten ist somit grundsätzlich beweiswertig.

6.6.1 Es ist zu prüfen, ob die medizinischen Vorakten den grundsätzlichen Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens von Dr. med. P.\_\_\_\_ allenfalls zu schmälern vermögen. Unter dem Titel «Diskussion zu den Akten und früheren Untersuchungen aus neurologischer Sicht» (IV-Nr. 112.1 S. 54) verwies Dr. med. P.\_\_\_\_ auf seine Ausführungen unter dem Titel «Zusammenfassung der bisherigen persönlichen, beruflichen und gesundheitlichen Entwicklung der versicherten Person einschliesslich der aktuellen psychischen, sozialen und gesundheitlichen Situation» (S. 53). Dort hielt er u.a. fest, die Beschwerdeführerin klagte seit 2001 über Rückenschmerzen. Der weitere Verlauf sei von rezidivierenden Lumbalgien und Lumboischialgien und zumindest ab 2015 auch von einer psychiatrischen Co-Morbidität in Form von Depressionen gekennzeichnet gewesen. Im Bericht der L.\_\_\_\_ vom 16. Februar 2022 (IV-Nr. 94) werde auch der Verdacht auf eine neurokognitive Störung geäussert und auf schon länger bestehende Vergesslichkeit hingewiesen. Dieser Bericht erwähne auch Vorbefunde von 2002, einmal der Rehaklinik M.\_\_\_\_ und zum anderen des Spitals C.\_\_\_\_, welche jeweils unterdurchschnittliche Ergebnisse bei unspezifischem Leistungsprofilen genannt hätten. Das von den L.\_\_\_\_ empfohlene MRI des Schädels einschliesslich MR-Angiographie sei allerdings regelrecht ausgefallen. Der Bericht der Neurologischen Klinik des Spitals Q.\_\_\_\_ vom 13. Januar 2022 (IV-Nr. 84 S. 7 ff.) fokussiere dann auf Cervicobrachialgien und ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom und nehme eine somatoforme Schmerzausweitung und Gedächtnisstörungen bei Verdacht auf psychoreaktive Genese an. Gemäss nachvollziehbarer Einschätzung des neurologischen Gutachters könne den in diesem Bericht erfolgten Überlegungen anlässlich der aktuellen Untersuchung gut gefolgt werden. So fielen diese in objektiver Hinsicht nun gleichfalls regelrecht aus und es ergebe sich kein Anhalt für eine radikuläre oder medulläre Beteiligung im Rahmen der schmerzhaften Wirbelsäulensyndrome. Der degenerative Anteil sei – so die schlüssiger Darlegung von Dr.

med. R. \_\_\_ – vom rheumatologischen Fachgebiet zu berücksichtigen. Mit zu nennen sei noch eine angegebene rechtsseitige Hemihypästhesie, welche von der Beschreibung her als funktionell einzuordnen sei. Auch in kognitiver Hinsicht wirke die Beschwerdeführerin unauffällig, betone aber sehr ihre Gedächtnisstörungen. Die Kopfrechenleistungen, die sie als erhalten angebe, wirkten deutlich unterdurchschnittlich, seien aber primär auf eine unzureichende Beschulung zurückzuführen. Eine wesentliche frühkindliche Hirnschädigung mit höhergradiger Intelligenzminderung lasse sich aus der Anamnese nicht ableiten. Diese gutachterliche Einschätzung überzeugt aufgrund der nachfolgenden Ausführungen, wonach hiergegen einmal die langjährige Tätigkeit als Kassiererin sowie die fortgesetzte Teilnahme am Strassenverkehr sprächen. In diesem Zusammenhang sei dann – so die plausible Schlussfolgerung des neurologischen Gutachters – das Ergebnis des bei der Exploration durchgeführten Rey-Tests als bewusstseinsnahe Symptomausweitung zu interpretieren, was sich mit der Einschätzung der neurologischen Klinik [...] decke. Es leuchtet somit ein, dass sich gemäss Dr. med. R. \_\_\_ auf neurologischem Gebiet gesamthaft keine, die Arbeitsfähigkeit wesentlich einschränkende Erkrankung ergebe. Somit hat sich der neurologische Gutachter mit den zeitlich zuvor verfassten medizinischen Berichten ausführlich auseinandergesetzt und diese in nachvollziehbarer und überzeugender Weise diskutiert. Es kann daher festgehalten werden, dass der Beweiswert seines neurologischen Teilgutachtens durch die zuvor erstatteten medizinischen Berichte nicht geschmälert wird.

6.6.2 Es gilt festzuhalten, dass sich in den vorliegend dokumentierten Akten keine nach dem Zeitpunkt des neurologischen Teilgutachtens vom 17. Januar 2023 erstatteten, medizinischen Berichte von auf das medizinische Fachgebiet der Neurologie spezialisierten Fachpersonen finden. Das neurologischen Teilgutachten ist folglich voll beweismässig.

6.7 Es ist nachfolgend auf die im Zusammenhang mit dem Gutachten geltend gemachten Vorbringen der Beschwerdeführerin einzugehen:

6.7.1 Die Beschwerdeführerin lässt im Wesentlichen vorbringen, ihr Gesundheitszustand sei im Verfügungszeitpunkt nicht rechtsgenügend abgeklärt worden (A.S. 8). So habe die Beschwerdegegnerin trotz der hauptsächlich kognitiven Einschränkungen nicht auf eine neuropsychologische Testung bestanden. Sie hätte spätestens nach den Beanstandungen durch die behandelnden Spezialisten eine solche in Auftrag geben müssen. Nachdem sie dies unterlassen habe, habe sie den Untersuchungsgrundsatz gemäss Art. 43 ATSG verletzt. Wie bereits oben dargelegt (vgl. E. II.

#### **E. 6.4**

hiervor) hat sich der psychiatrische Gutachter J. \_\_\_ in seinem psychiatrischen Teilgutachten mit den kognitiven Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin durchaus auseinandergesetzt. So konnte er die von lic. phil. K. \_\_\_ im Bericht vom 18. Juli 2022 in diesem Zusammenhang angegebene «schwerwiegende Beeinträchtigung im alltäglichen Leben» nicht bestätigen. Er verwies diesbezüglich aber auch auf den Neurologen Dr. med. P. \_\_\_, der sich in seinem neurologischen Teilgutachten u.a. auch mit den kognitiven Funktionen der Beschwerdeführerin beschäftigte (vgl. E. II. 6.1 und 6.6.1 hiervor) und dabei keine wesentliche Einschränkung feststellen konnte. Es wurde zudem eine neuropsychologische Testung im Sinne des Rey-Tests durchgeführt, die für eine Symptomverdeutlichung der Beschwerdeführerin spreche. Diesbezüglich kann zudem festgehalten werden, dass bei einem Gutachten die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend ist und den Testverfahren im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung höchstens eine ergänzende Funktion zukommt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_728/2018 vom 21. März

2019 E. 3.3 mit Hinweisen). Es kann daher bei der Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung bei der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ gerade nicht – wie von der Beschwerdeführerin vorgebracht – von «hauptsächlich kognitiven Einschränkungen» ausgegangen werden. Unter diesen Umständen ist auch nicht einzusehen, inwiefern weitere neuropsychologische Tests hätten durchgeführt werden sollen. So handelt es sich bei einer neuropsychologischen Abklärung lediglich um eine Zusatzuntersuchung, welche bei begründeter Indikation in Erwägung zu ziehen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_11/2021 vom 16. April 2021 E. 4.2 m.w.H.; je mit Hinweis auf Ziff. 4.3.2.2 der Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie [SGPP] 2016). Eine solche Indikation war indes im vorliegenden Fall gerade nicht gegeben.

6.7.2 Zusammenfassend erweist sich somit das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 3. April 2023 als voll beweiswertig. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 6. Juni 2024 (A.S. 1 ff.) aus medizinischer Sicht auf dieses Gutachten abgestellt hat. Es kann daher auch auf die im Gutachten ausgewiesene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden. Folglich ist der Beschwerdeführerin eine angepasste Tätigkeit (körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit mit regelmässig selbständig möglichem Wechsel der Arbeitsposition und unter Vermeiden der Durchführung von repetitiven Rotationsbewegungen der HWS, Arbeiten verbunden mit forcierter Reklination der HWS, stereotype Rotationsbewegungen der LWS oder Arbeiten in stets Oberkörpervorneige- oder -rückhalteposition. Ungünstig wären auch berufliche Tätigkeiten mit häufigem Gehen auf unebenem Grund resp. dem regelmässigen intensiven Benutzen von Treppen oder gar Leitern zu 75 % zumutbar. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit kann seit Jahren angenommen werden, somit auch seit dem Zeitpunkt der letzten IV-Wiederanmeldung im Januar 2022 (IV-Nr. 112.1 S. 10).

7. Nachfolgend ist der von der Beschwerdegegnerin auf 25 % bezifferte Invaliditätsgrad zu beurteilen.

7.1 Für die Bestimmung des Ausmasses der Invalidität (Invaliditätsgrad) wird gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

7.2 Eine zulässige Variante dieses Einkommensvergleichs ist der sog. Prozentvergleich. Dabei ist das ohne Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt. Ein dem Prozentvergleich angenähertes Vorgehen bieten sich namentlich an, wenn Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen (Tabellen-)Lohn zu berechnen sind. Diesfalls erübrigt sich deren genaue Ermittlung: Der Invaliditätsgrad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit (Urteil des Bundesgerichts 9C\_888/2014 vom 4. Februar 2015 E. 2 m.w.H.). Ein eigentlicher Prozentvergleich kann sich praxisgemäss dann rechtfertigen, wenn die adaptierte Tätigkeit dem bisherigen Beruf entspricht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_489/2022 vom 9. März 2023 E. 6.5.4).

7.3 Gemäss den Gutachtern der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 3. April 2023 beträgt die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in angepasster Tätigkeit seit Jahren 75 %. Eine eigentliche angestammte Tätigkeit bestehe gemäss den Gutachtern nicht, so dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit allgemein gehalten werde (vgl. E. II. 6 hiavor). Da somit die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in angestammter wie auch angepasster

Tätigkeit gleichermaßen eingeschränkt ist, sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend von derselben Grundlage zu berechnen, weshalb sich im vorliegenden Fall eine genaue Ermittlung der Vergleichseinkommen erübrigt und stattdessen ein Prozentvergleich angestellt werden kann. Folglich entspricht der Invaliditätsgrad vorliegend ausnahmsweise dem Grad der Arbeitsunfähigkeit. Dies wird von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht beanstandet. Demnach beträgt der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin ab 1. Juli 2022 25 %. Dieser Invaliditätsgrad berechtigt nicht zum Bezug einer Invalidenrente (vgl. E. II. 1.3 hiervor). Daran würde sich selbst unter Berücksichtigung des seit 1. Januar 2024 in Kraft getretenen Art. 26 bis Abs. 3 IVV zu berücksichtigenden Pauschalabzugs von 10 % nichts ändern. Weitere Gründe für einen Tabellenlohnabzug sind nicht ersichtlich. Es ist daher nicht weiter darauf einzugehen. 8. Es kann an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass sich im vorliegenden Fall eine Prüfung, ob seit der letzten Ablehnungsverfügung vom 6. Oktober 2005 (IV-Nr. 48) eine anspruchsbegründende Änderung in den für den IV-Grad erheblichen Tatsachen eingetreten ist (vgl. E. II. 5 hiervor), erübrigt. Denn es ist davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin seit Jahren ein IV-Grad von 25 % besteht und damit kein Anspruch auf eine Invalidenrente gegeben ist. An diesem Ergebnis würde sich selbst bei Bejahung eines Revisionsgrundes nichts ändern. So wäre diesfalls von dem in der Verfügung vom 6. Oktober 2005 ab 1. November 2002 berechneten IV-Grad von 38 % auszugehen (IV-Nr. 48 S. 5), der ebenfalls nicht zum Bezug einer Invalidenrente berechtigen würde. 9. Damit ist die Verfügung vom 6. Juni 2024 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde – soweit darauf einzutreten ist (vgl. E. II. 5 hiervor) – abzuweisen. 10. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 11. 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.