

SO_GERICHTE VSBES.2024.18 vom 14. Januar 2025

SO Obergericht, 2025-01-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2024.18_d20250114

FR: SO_GERICHTE VSBES.2024.18 du 14 janvier 2025

IT: SO_GERICHTE VSBES.2024.18 del 14 gennaio 2025

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1971 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) arbeitete von 1993 bis 2004 als Packerin bei der B.____ AG, [...] (IV-Nr. 11). Am 4. November 2002 meldete sie sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug einer Invalidenrente an (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 2). Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sprach der Beschwerdeführerin Berufsberatung und eine Abklärung der beruflichen Eingliederungsmöglichkeiten zu und veranlasste in der Folge eine polydisziplinäre (rheumatologische und psychiatrische) Begutachtung im C.____, Medizinische Abklärungsstation (nachfolgend: MEDAS), welche im Zeitraum von Mai bis Juli 2003 durchgeführt wurde (Gutachten vom 1. Oktober 2003; IV-Nr. 25.1). Das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin wurde mit Verfügung vom 15. Januar 2004 abgewiesen (IV-Nr. 26). Die dagegen erhobene Einsprache wurde mit Einspracheentscheid vom 3. September 2004 ebenfalls abgewiesen. Zur Begründung wurde im Wesentlichen dargelegt, die bisherige Tätigkeit als Hilfsarbeiterin in einer [...] -Fabrik könne nur noch während sechs bis sieben Stunden pro Tag mit einer Leistungseinbusse von 20 % ausgeübt werden. Dies entspreche 65 % des vorherigen Pensums. Der Invaliditätsgrad betrage damit 35 % (IV-Nr. 32).

1.2 Am 9. bzw. 20. März 2006 meldete sich die Beschwerdeführerin bei der IV erneut zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 34 f.). Die Beschwerdegegnerin trat mit Verfügung vom 20. April 2006 auf das Leistungsbegehren nicht ein (IV-Nr. 38). Am 25. Oktober 2006 meldete sich die Beschwerdeführerin ein weiteres Mal bei der IV zum Bezug einer Invalidenrente an (IV-Nr. 39 f.). Auch darauf trat die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 16. Januar 2007 nicht ein (IV-Nr. 45). Mit Anmeldung vom 14. Juni bzw. 3. November 2016 machte die Beschwerdeführerin erneut eine Gesundheitsverschlechterung geltend (IV-Nr. 48). Die Beschwerdegegnerin trat darauf mit Verfügung vom 17. Januar 2017 nicht ein (IV-Nr. 52). Eine weitere Anmeldung erfolgte am 26. Mai 2017 (IV-Nr. 55), auf welche die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 31. Oktober 2017 nicht eintrat (IV-Nr. 60).

1.3 Schliesslich meldete sich die Beschwerdeführerin am 23. Oktober 2020 erneut bei der IV zum Leistungsbezug an. Sie gab an, sie leide seit ca. 20 Jahren an Kopf-, Schulter-, Knie- und Rückenschmerzen und habe psychische Probleme (IV-Nr. 66). Vom 11. Oktober bis 29. November 2021 hielt sich die Beschwerdeführerin in der Frauenklinik D.____, [...], zur stationären Behandlung auf (IV-Nr. 76). Am 15. Dezember 2021 veranlasste die

Beschwerdegegnerin eine polydisziplinäre (allgemein-internistische, neurologische, neuropsychologische, rheumatologische und psychiatrische) Begutachtung in der Gutachterstelle E.____ AG (im Folgenden: E.____), welche im Dezember 2022 und Januar 2023 durchgeführt wurde (Gutachten vom 18. Februar 2023; IV-Nr. 90.1). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren wies die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente sowie berufliche Massnahmen mit Verfügung vom 14. Dezember 2023 ab. Dies wurde im Wesentlichen damit begründet, gemäss den erfolgten Abklärungen sei seit der Verfügung vom 15. Januar 2004 bzw. dem Einspracheentscheid vom 3. September 2004 keine für die Arbeitsfähigkeit erhebliche Änderung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin eingetreten. Aus medizinischer Sicht wäre es ihr weiterhin möglich und zuzumuten, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Den im Vorbescheidverfahren erhobenen Einwänden könne nicht gefolgt werden (IV-Nr. 106; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

E. 2

2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt gemäss Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die vor-aussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 IVG Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

E. 2.1

Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt gemäss Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die vor-aussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 IVG Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

E. 2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente.

E. 3.1

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. auch Art. 86 ter - 88 bis IVV sowie Art. 31 IVG) wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen

Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Demgegenüber ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f. mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_541/2020 vom 1. März 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

3.2 Tritt der Versicherungsträger auf die Neuanschuldung ein, hat er – analog zu einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG – abzuklären, ob die glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Dies beurteilt sich durch Vergleich der Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuanschuldung mit denjenigen bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs beruhenden Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff.; vgl. auch BGE 133 V 108). Stellt der Versicherer fest, dass der Invaliditätsgrad keine Veränderung erfahren hat, so weist er das Gesuch ab. Andernfalls prüft er, ob die festgestellte Veränderung genügt, um eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und entscheidet anschliessend über den Anspruch (Urteil des Bundesgerichts 8C_282/2012 vom 11. Mai 2012 E. 2). Analog zur erstmaligen Anspruchsbeurteilung sind zudem allfällige anspruchswirksame Veränderungen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen (vgl. BGE 129 V 222).

E. 4

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.).

4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es 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 (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.3 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353).

5. Im vorliegenden Fall ist zu prüfen, ob bei der Beschwerdeführerin seit der Verfügung vom 15. Januar 2004 (IV-Nr. 26), womit der Anspruch auf eine Invalidenrente abgewiesen wurde, bzw. dem diese im Ergebnis bestätigenden, unangefochten in Rechtskraft erwachsenen Einspracheentscheid vom 3. September 2004 (Referenzzeitpunkt; IV-Nr. 32), eine relevante Verschlechterung ihres Gesundheitszustands eingetreten ist. Im Folgenden ist der medizinische Sachverhalt darzulegen, wie er sich im Referenzzeitpunkt präsentiert hat:

5.1 Aus dem polydisziplinären (rheumatologischen und psychiatrischen) MEDAS-Gutachten des C. ___ vom 1. Oktober 2003 gehen im Rahmen der Gesamtbeurteilung folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hervor: «1. Chronisches Cervico-Cephal- und Cervico-Brachialsyndrom, Leichte Fehlhaltung der Halswirbelsäule, Spannungskopfschmerzen, Insuffizienz der Rumpf- inkl. Schultergürtelmuskulatur; 2. Leicht depressive Episode bei psychosozialen und soziokulturellen Belastungsfaktoren (ICD-10: F32.0)». Weitere Leiden (3. Mikrozytäre normochrome Anämie, DD: Eisenmangel; 4. Pariarthropathia coxae links, Beckenschrägstand, Insuffizienz der Gesässmuskulatur; 5. Ansatzendinose der Patella rechts apical) wurden als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit angegeben. Im Weiteren wurde zur Beurteilung und Prognose angegeben, die Explorandin sei eine aus Ostanatolien in der Türkei stammende Fabrikhilfsarbeiterin, die seit ca. 5 bis

E. 6

Jahren an einem seit ca. 2 Jahren progredienten Schmerzsyndrom mit verschiedenen Schmerzlokalisationen leide. Die Schmerzen hätten initial im Bereich des Nackens und des Kopfes im Sinne von Spannungskopfschmerzen begonnen, in der Folge sei eine Schmerzausweitung in der Schulter-Armregion beidseits sowie in die linksseitige Hüft- und Gesässregion eingetreten. Vor allem die Kopfschmerzen hätten schliesslich zu einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit seit dem 12. März 2001 mit gelegentlichen Phasen von 100%iger Arbeitsunfähigkeit geführt. Ein eindeutiges somatisches Korrelat der von der Explorandin geschilderten Beschwerden lasse sich weder radiologisch noch klinisch erheben. Die Kopfschmerzen beurteile man als spannungsbedingt. Hierzu passten die in der klinischen Untersuchung eindeutig verspannte Nacken- und Schultermuskulatur sowie der Schmerzbeginn im Nackenbereich und die okzipitale bis parietale beidseitige

Schmerzausbreitung. Schmerzverstärkend wirkten psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren. Schliesslich sei zu erwähnen, dass die weitgehend inkongruenten Arbeitszeiten der Ehepartner Schwierigkeiten in der Betreuung der Kinder annehmen liessen. Die Explorandin sei trotz einem praktisch ununterbrochenen Aufenthalt in der Schweiz seit 1991 der deutschen Sprache nicht mächtig und es sei anzunehmen, dass die Familie schlecht integriert sei. Neben der sozialen Entwurzelung, die gesamte Familie der Explorandin sei in der Türkei wohnhaft, wirkten sich die parallel laufenden Arbeitszeiten der Ehepartner, die Sorge um die weitere psychische Entwicklung des älteren Sohnes sowie die finanzielle Knappheit als weitere schmerzverstärkende Faktoren aus. Aus rein medizinischer Sicht bestehe bei dieser Explorandin keine krankheitsbedingte Invalidität. Unter Berücksichtigung der genannten krankheitsfremden schmerzverstärkenden Faktoren könne die Beschwerdeentwicklung psychodynamisch jedoch nachvollzogen werden und es empföhlen sich geeignete Massnahmen, um einer weiteren Chronifizierung des Leidens und weiterer Kompromittierung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit vorzubeugen. Als wichtigste Massnahme scheine dabei eine Verbesserung der sozialen Integration, z.B. Anschluss an eine Vereinigung türkisch stämmiger Mitbewohner in der Schweiz oder Vereinsmitgliedschaften, zu sein. Bezüglich der Spannungskopfschmerzen wäre allenfalls das Erlernen von Entspannungstechniken hilfreich. Auch eine temporäre psychotherapeutische Betreuung ■ sofern sich ein türkisch sprachiger Therapeut finden lasse ■ wäre hilfreich. Ebenso sollte der Familie in der Bewältigung der schwierigen fürsorglichen Situation bezüglich des älteren Sohnes Unterstützung gewährt werden. Die Prognose des Schmerzsyndroms der Explorandin sei zum aktuellen Zeitpunkt als gut einzuschätzen, sofern geeignete Massnahmen zur Prävention einer weiteren Chronifizierung und Symptomausweitung eingeleitet würden.

Zur Arbeitsfähigkeit wurde dargelegt, auf der psychischen Ebene bestehe eine leichtgradige depressive Episode. Als geistige Beeinträchtigungen könnten die fehlende Beherrschung der deutschen Sprache und die rudimentäre Schulbildung angeführt werden. Auf der körperlichen Ebene bestünden Spannungskopfschmerzen mit sekundärer Symptomausweitung im Sinne eines Schmerzsyndroms in der Nacken- und Schulterregion beidseits sowie der rechten Hüfte und Gesässregion. Im Weiteren bestünden verschiedenen schmerzverstärkende psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren. Vor allem die fast permanent vorhandenen, sich bei Stress-Situationen verschlimmernden Spannungskopfschmerzen und die sekundär hinzugetretenen muskulo-skelettalen Beschwerden führten zu einer Verminderung der Leistungsfähigkeit. Es sei anzunehmen, dass die Symptome Ausdruck einer permanenten und bereits längere Zeit andauernden Überforderungssituation im psychosozialen Bereich darstellten. Die bisherige Tätigkeit als Hilfsarbeiterin in einer [...] Fabrik sei während 6 bis 7 Stunden pro Tag an 5 Tagen pro Woche zumutbar. Dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit von zurzeit 20 %. Diese ergebe sich durch die während der Arbeit akzentuierenden Kopfschmerzen und muskulo-skelettalen Beschwerden, insbesondere bei längerem Sitzen oder längerem Stehen. Durch diese Beschwerden sei die Explorandin gezwungen, regelmässig ihre Körperposition verändern zu können und gelegentlich Arbeitspausen einzulegen. Durch geeignete Massnahmen sollte die Leistungsfähigkeit sukzessive auf 100 % gesteigert werden können. Eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestehe gemäss Akten seit dem 12. März 2001. Bisher habe die Explorandin ein Arbeitspensum von 50 % weiter zu leisten vermocht. Ein Versuch, das Arbeitspensum zu steigern, habe soweit ersichtlich nicht stattgefunden. Es sollte der Explorandin die Möglichkeit geboten werden, in regelmässigen

Abständen ihre Körperposition verändern bzw. gelegentliche kurze Arbeitspausen einlegen zu können. Im Weiteren empfehle man die erwähnten Rehabilitationsmassnahmen. Diese Massnahmen könnten dazu beitragen, dass eine die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Explorandin kompromittierende Schmerzexazerbation vermieden werden könne. Allenfalls könne eine Beschwerdelinderung erreicht werden. Grundsätzlich seien der Explorandin alle leichten Tätigkeiten zumutbar. Bezüglich des Arbeitstempos und -klimas sollte darauf geachtet werden, dass eine Überforderungssituation der Explorandin möglichst vermieden werden könne und eine Stärkung des Selbstvertrauens in ihre eigene Leistungsfähigkeit erfolge. Angepasste Tätigkeiten seien (ebenfalls) während 6 bis 7 Stunden pro Tag mit einer um zurzeit 20 % verminderten Leistungsfähigkeit zumutbar (IV-Nr. 25.1 S. 10 ff.).

5.2 Aus dem rheumatologischen Teilgutachten vom 22. Juli 2003 (Untersuchung vom 8. Juli 2003; Dr. med. F. ____, FMH Physikalische Medizin, speziell Rheumaerkrankungen) geht zusammengefasst folgendes hervor: Die Explorandin leide seit einigen Jahren an einem chronischen cervicalen Schmerzsyndrom mit Schmerzausstrahlung okzipital und in die Schulterpartien beidseits. Den Beschwerden sei weder ein traumaähnliches Ereignis noch eine Erkrankung vorausgegangen. Angesichts unauffälliger radiologischer Befunde und eines weitgehend normalen klinischen Befundes der Halswirbelsäule könne keine erklärende somatische Ursache der Beschwerden aus dem rheumatologischen Formenkreis angegeben werden. Aus rheumatologischer Sicht sei die Explorandin angesichts fehlender pathologischer Befunde theoretisch zu 100 % arbeitsfähig. Angesichts der chronischen cervico-okzipitalen Schmerzen sei eine Leistungsminderung anzunehmen. Die Gesässschmerzen und die Oberschenkelbeschwerden hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, weder in Kombination mit dem Nackenproblem noch als Einzelsymptom. Das gleiche gelte für die Kniebeschwerden rechts. Die chronische Kopfschmerzproblematik sei wahrscheinlich nach Bestehen über 5 bis 6 Jahre schwerlich kurzzeitig beeinflussbar. Auch wenn geeignete Analgetika oder Psychopharmaka die Schmerzintensität lindern könnten, werde die Explorandin fraglich in der Lage sein, ihre ausserhäusliche Tätigkeit in vollem Umfang wieder aufzunehmen (IV-Nr. 25.1 S. 9 f.).

5.3 Das psychiatrische Teilgutachten vom 17. Juni 2003 (Untersuchung vom 16. Juni 2003; Dr. med. G. ____, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie) wurde wie folgt zusammengefasst: Im Rahmen der psychiatrischen Exploration sei deutlich geworden, dass die Explorandin am ehesten die Bedingungen einer leichten depressiven Episode erfülle. Es bestehe eine eindeutig depressive Stimmung und ein Interessen- und Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm wären. Es bestehe auch ein verminderter Antrieb und sie leide unter rascher Ermüdbarkeit. Aus psychiatrischer Sicht betrage der zumutbare Arbeitszeitrahmen für die bisherige Tätigkeit einer Fabrikmitarbeiterin 6 bis 7 Stunden, wobei die dabei zu erbringende Leistungsfähigkeit auf 80 % einzuschätzen sei. Die Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten liege im gleichen quantitativen und qualitativen Bereich, da es vor allem die psychischen Beeinträchtigungen seien, die ihre Leistungsfähigkeit bedingten. Die Explorandin neige dazu, ihre psychische Problematik, die auch stark mit den Problemen ihres Sohnes zusammenhänge, somatisch zu erleben und vorzutragen. Aus psychiatrischer Sicht sollte es möglich sein, die Explorandin bei einem türkisch sprechenden Psychiater zu behandeln, um Entlastung bezüglich ihrer psychosozialen und sozio-ökonomischen Belastungsfaktoren zu beschaffen (IV-Nr. 25.1 S. 9).

6. Die aktuelle medizinische Situation präsentiert sich wie folgt:

6.1 Dem polydisziplinären (allgemein-internistischen, neurologischen, neuropsychologischen, rheumatologischen und psychiatrischen) E.____-Gutachten vom 18. Februar 2023 können im Rahmen der Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden: «Chronisches Zerviko-Lumbal-Syndrom (ICD-10 M54.80), Osteochondrosen, multisegmental, Spondylarthrosen, multisegmental, Bandscheibenprotrusionen, multisegmental, Vertebrale Haltunginsuffizienz, Rechtskonvexe Thorako-Lumbalskoliose; Komplexes, chronisches Kopfschmerzsyndrom, whs. i.S. eines Mischkopfschmerzes mit/bei episodenhafter Migräne ohne Aura (ICD-10 G43.0), Spannungskopfschmerzen (ICD-10 G44.2), arzneimittelinduziertem Kopfschmerz (ICD-10 G44.4); Fibromyalgiesyndrom (ICD-10 F79.70); Leichtgradige neuropsychologische Störung (ICD-10 F06.7)». Die weiteren Leiden (Hyperlipidämie [ICD-10 E78.5], unter Statintherapie gut kontrolliert; Stressinkontinenz I-II [ICD-10 N39.3]; Nikotinabusus, sistiert, kum. ca. 10 py [ICD-10 Z 72.0]; Enthesiopathie M. supraspinatus beidseits [ICD-10 M67.81]; Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen [ICD-10 F68.0/Z76.5] DD Schmerzfehlverarbeitung/Symptomausweitung [Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten; ICD-10 F54]) haben nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde/Diagnosen wurde erklärt, im Vordergrund der subjektiven und auch der objektivierbaren Befunde stünden die rheumatologischen, neurologischen und neuropsychologischen Diagnosen, welche in ihrer Gesamtheit die Arbeits- und Leistungsfähigkeit beeinträchtigten. Neben den in die erwähnten Diagnosen einflussenden Faktoren hätten folgende weitere, offensichtlich limitierende Belastungsfaktoren ausgemacht werden können: Migrationshintergrund, ungenügende Integration, fehlende Berufsausbildung und lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt. Zu den Ressourcen wurde angegeben, die Explorandin verstehe die deutsche Sprache gut und spreche sie auch gut, sie sei aber oft nicht mutig genug. Motivation sei nicht vorhanden. Therapieadhärenz und Compliance seien vorhanden. Als ausserberufliche Fertigkeit sei der Haushalt zu nennen, das soziale Umfeld sei im Wesentlichen auf die Familie beschränkt. Eine geordnete Tagesstruktur sei vorhanden. Zusammenfassend wurde zur Konsistenz/Plausibilität gesagt, bei der Explorandin habe insgesamt zwischen den subjektiven, häufig massiven Beschwerdeschilderungen und ihrem Verhalten in der Untersuchungssituation eine auffällige Diskrepanz bestanden. Auf rheumatologischem Fachgebiet bestehe eine Diskrepanz zwischen den massiv geäusserten Schmerzempfindungen und der weniger stark eingeschränkten körperlichen Verfassung. Insgesamt beschreibe die Explorandin die Beschwerden recht konsistent, neben der seit 20 Jahren fehlenden Arbeitstätigkeit sei sie gemäss ihren Angaben auch sonst sozial eingeschränkt, mache den Haushalt nur unvollständig und langsam und es bestünden auch kaum ausserhäusliche Tätigkeiten. Auch das verordnete Antidepressivum Duloxetin werde entsprechend dem Laborbefund eingenommen. Insgesamt sei allerdings von rein neurologischer Seite die schwere Einschränkung der Explorandin durch die fassbaren Erkrankungen nicht erklärt. Bei der Explorandin habe zwischen den subjektiven, häufig massiven Beschwerdeschilderungen und ihrem Verhalten in der Untersuchungssituation eine auffällige Diskrepanz bestanden. Sie habe einen appellativen und demonstrativen Eindruck vermittelt. Das Ausmass der geschilderten Beschwerden stehe auch nicht in Übereinstimmung mit einer leidensgerechten Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe. Die Diskrepanzen zwischen den geschilderten psychischen Einschränkungen und dem gezeigten

Verhalten sowie der Behauptung, Einschränkungen im psychosozialen Umfeld zu haben, wiesen auf ein aggravierendes Verhalten der Explorandin hin, das durch den Wunsch nach Bezug von Rentenleistungen motiviert sein dürfte.

Die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Fabrikmitarbeiterin wurde aus interdisziplinärer Sicht auf 50 % und in einer Verweistätigkeit auf 20 % festgesetzt. Dabei gelte das seitens des rheumatologischen, neurologischen sowie neuropsychologischen Teilgutachtens geäußerte Fähigkeitsprofil. Zum Verlauf wurde vermerkt, aus polydisziplinärer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit im erwähnten Ausmass seit der Diagnose des zervikozephalen Syndroms im Oktober 2019. Zudem müsse darauf hingewiesen werden, dass in früheren Berichten fast ausschliesslich nur zur Arbeits(un)fähigkeit in der jeweils aktuell ausgeübten Tätigkeit Stellung bezogen worden sei. Die Bewertung sei hierbei meistens auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells erfolgt, wohingegen im Kontext dieses IV-Gutachtens soziale und soziokulturelle Einflussfaktoren in der Arbeits(un)fähigkeitsbemessung nicht zu berücksichtigen seien. Vor diesem Hintergrund lasse sich zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit Folgendes festhalten: Die in der Vergangenheit festgestellten Diagnosen sowie deren versicherungsmedizinische Relevanz könnten aus aktueller Sicht teilweise nicht nachvollzogen werden. So habe aktuell im Gegensatz zur vorgängigen Begutachtung keine psychiatrische Diagnose mit IV-Relevanz gestellt werden können. Die in den einzelnen Fachgebieten ermittelten Teil-Arbeitsunfähigkeiten seien nicht zu addieren.

Die den Gutachtern gestellte Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Explorandin gegenüber der Situation gemäss Gutachten vom 1. Oktober 2003 (MEDAS) erheblich verändert hätten, wurde wie folgt beantwortet: Der Gesundheitszustand der Explorandin habe sich seit der letzten Begutachtung vom Oktober 2003 sicherlich verändert, allerdings nicht unbedingt grundlegend. Zum einen erscheine aufgrund der MRI-Bildgebung bezüglich des panvertebralen Schmerzsyndroms eher die lumbale Seite führend und nicht die zervikale. Hierbei sei aber darauf hingewiesen, dass die vormalige Beurteilung nicht neurologisch erfolgt sei. Insgesamt komme man aber wie im Jahr 2003 diesbezüglich zu einer insgesamt eher leichtgradigeren Einschränkung. Neu dagegen seien die einschränkenden Cephalgien, welche man aktuell als chronisch beschreibe und die vormals keine relevante Rolle gespielt hätten. Dies erscheine insofern glaubhaft, als sich wohl auch ein schmerzmittelinduzierter Kopfschmerz entwickelt habe, der sich eben über die Jahre entwickeln könne. Dieser schränke die Arbeitsfähigkeit aktuell zumindest auch ein, sodass sich in der Summe aktuell die oben erwähnten Arbeitsunfähigkeiten von neurologischer Seite ergäben, wobei aufgrund der schmerzmittelinduzierten Kopfschmerzen auch eine Verbesserung möglich erscheine. Aus rheumatologischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit der Verschlechterung der Symptome des zervikozephalen Syndroms im Oktober 2019 und des Lumbalsyndroms mit Zunahme der degenerativen Veränderungen gemäss MRI-HWS von Oktober 2019 und MRI-LWS von März 2020. Die Symptomatik des Fibromyalgiesyndroms sei beitragend und habe sich kontinuierlich entwickelt. Gegenüber der Vorbeurteilung vom 1. Oktober 2003 seien progrediente degenerative axiale Veränderungen nachweisbar, weshalb schmerzbedingte Bewegungseinschränkungen zerviko-lumbal nachvollziehbar seien (IV-Nr. 90.1 S. 13 ff.).

6.2 Im allgemein-internistischen Teilgutachten vom 28. Dezember 2022 (Untersuchung vom 14. Dezember 2022; Dr. med. H. ____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH) wurde dargelegt, die 51-jährige geschiedene Mutter zweier erwachsener Kinder sei im Jahr 1991 aus der Türkei in die Schweiz eingereist, ungelernt und seit dem Jahr 2004 nicht mehr als Fabrikmitarbeiterin beschäftigt. Zusammenfassend könne hinsichtlich der Konsistenz/Plausibilität gesagt werden, dass sich auf dem Fachgebiet der allgemeinen inneren Medizin keine konkreten Inkonsistenzen ergäben hätten. Aggravation oder Simulation seien nicht festzustellen. Zur Herleitung der Diagnosen wurde erwähnt, eine diskrete Stressinkontinenz beim Husten, rezidivierende Harnwegsinfekte sowie eine Doppelniere links seien einem urologischen Bericht vom November 2020 zu entnehmen. Nach einer medikamentösen Behandlung sei die Explorandin zufrieden und die Beschwerden hätten sich gebessert. Eine Hyperlipidämie sei unter der Therapie mit Statinen gut kontrolliert. Aufgrund der aktuellen Anamnese, der körperlichen Untersuchung sowie hinsichtlich der Aktenlage ergäben sich auf allgemein-internistischem Fachgebiet keine IV-relevanten Diagnosen oder entsprechende Funktionseinschränkungen. Entsprechend sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit oder in einer etwaigen Verweistätigkeit aus rein allgemein-internistischer Sicht nicht eingeschränkt. Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit hätten sich seit dem MEDAS-Gutachten vom 1. Oktober 2003 nicht verändert. Es habe zu jeder Zeit eine volle Arbeitsfähigkeit in jedweder beruflichen sowie auch in der Haushaltstätigkeit bestanden (IV-Nr. 90.3 S. 18 ff.).

6.3 Aus dem neurologischen Teilgutachten vom 16. Januar 2023 (Untersuchung vom 16. Dezember 2022; Dr. med. I. ____, Facharzt für Neurologie FMH) geht im Rahmen der Beurteilung hervor, insgesamt sei die Situation im Verlauf aus neurologischer Sicht schwer zu beurteilen. Bei der letzten Begutachtung (nicht neurologisch) sei als einschränkend für die Arbeitsfähigkeit ein chronisches zervikozephalisches und Zervikobrachial-Syndrom beschrieben worden, verbunden mit Spannungskopfschmerzen. Warum die Explorandin danach überhaupt nicht mehr tätig gewesen sei, lasse sich neurologisch nicht erklären. Im Verlauf seien aber die Kopfschmerzen deutlich zunehmend gewesen. Bezüglich der Beurteilung der Konsistenz und Plausibilität wurde dargelegt, zusammenfassend könne gesagt werden, dass die Beschwerden von der Explorandin recht konsistent beschrieben worden seien. Neben der seit 20 Jahren fehlenden Arbeitstätigkeit sei sie gemäss ihren Angaben auch sonst sozial eingeschränkt, mache den Haushalt nur unvollständig und langsam und es bestünden auch kaum ausserhäusliche Tätigkeiten. Das verordnete Antidepressivum Duloxetin werde entsprechend dem Laborbefund eingenommen. Insgesamt sei allerdings von rein neurologischer Seite die schwere Einschränkung der Explorandin durch die fassbaren Erkrankungen nicht erklärt. In der neurologischen Anamneseerhebung und in der nachfolgenden klinisch-neurologischen Untersuchung habe sich kein Hinweis für Aggravation oder Simulation ergeben. Zur Herleitung der Diagnosen wurde erwähnt, von neurologischer Seite sei einerseits das Kopfschmerzsyndrom und andererseits auch die panvertebrale Schmerzsituation zu beurteilen. Die Cephalgien hätten sich nach den Angaben der Explorandin über die Jahre bis Jahrzehnte entwickelt. Insgesamt seien diese aus Sicht des Gutachters schwer einzuordnen. Insgesamt sei eine Migräne nur schwer abzugrenzen nach der Schilderung der Symptome der Explorandin. Der Schmerzcharakter sei schwer zu erfragen, die Intensität werde als extrem beschrieben. Insgesamt bestünden wahrscheinlich zwischenzeitlich migränöse Episoden. Da die Explorandin einen nahezu Dauerkopfschmerz habe und täglich Paracetamol einnehme, sei wahrscheinlich von einem schmerzmittelinduzierten Kopfschmerz auszugehen.

Unterlagernd möge hier ein primärer Spannungstypkopfschmerz sein. Auch nehme die Explorandin regelmässig Triptane bis zu zweimal pro Woche ein, ohne grössere Wirksamkeit, was wiederum die hauptsächliche Migräne in Frage stelle. Zusammengefasst ergebe sich ein sehr komplexes, chronisches Kopfschmerzsyndrom, das nicht sicher einzelnen Entitäten zuzuordnen sei. Wahrscheinlich bestünden primär ein Spannungstypkopfschmerz und eine Migräne, was auch vorbeschrieben sei. Inzwischen habe sich zusätzlich ein schmerzmittelinduzierter Kopfschmerz entwickelt. Diese Konstellation sei sicherlich auch einschränkend für die Arbeitsfähigkeit. Das panvertebrale Schmerzsyndrom, das bezüglich der zervikalen Komponente bei der Begutachtung im Jahr 2003 zu einer gewissen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt habe, sei von neurologischer Seite nur begrenzt erklärbar. In der klinisch-neurologischen Untersuchung finde sich keine klare radikulär abgrenzbare Problematik, insbesondere keine Reflexdifferenz, fokale Parese oder einem Dermatom zuzuordnende Sensibilitätsstörung. Bildgebend zeige auch ein MRI aus dem Jahr 2019 anamnestisch keinen harten radikulären oder neurologisch verwertbaren Befund. Bezüglich der LWS werde eine mögliche foraminale Einengung L5/S1 beidseits postuliert. Diese Konstellation möge gewisse Schmerzen auslösen, eine klare radikuläre Komponente finde sich nicht. Zusammenfassend ergäben sich somit von lumbaler Seite durchaus Erklärungen für ein gewisses Schmerzsyndrom, eine schwere Pathologie lasse sich allein von neurologischer Seite nicht verifizieren. Hierbei sei noch angemerkt, dass während der Untersuchung die Explorandin nicht schmerzgeplagt gewirkt habe und somit der dauerhaft intensive Schmerz eher weniger nachzuvollziehen sei. Bezüglich der Kopfschmerzen habe die Explorandin allerdings gemeint, vor der Untersuchung Schmerzmittel eingenommen zu haben, was die Situation verbessert habe.

Zum bisherigen Therapieverlauf wurde erwähnt, insgesamt erschienen die therapeutischen Massnahmen bei doch sehr einschränkend beschriebenen Kopfschmerzen eher gering. Bezüglich des Schmerzsyndroms zervikal und lumbal sei Physiotherapie für zwei bis drei Jahre versucht worden, zuletzt aber nicht mehr bei wohl fehlendem Erfolg. Insgesamt sei aufgrund der Gesamtsituation grundsätzlich eine konservative Therapie empfohlen worden. Die Heilungschancen seien insgesamt schwer zu beurteilen, da diese höchstwahrscheinlich in Komorbidität mit der psychischen Situation zu sehen seien. Zu den Funktions- und Fähigkeitsstörungen wurde angegeben, insgesamt seien die Belastungen der Explorandin durch das Schmerzsyndrom, Kopfschmerzen, panvertebral, sicherlich gegenseitig verstärkend. Im Längsverlauf habe sich hiermit die Situation insofern verändert, als nach Angaben der Explorandin die Cephalgien mehr in den Vordergrund gerückt seien. Inwieweit zusätzliche nicht somatische Faktoren eine Rolle spielten, müsse psychiatrisch beurteilt werden. Neben den in die erwähnten Diagnosen einflussenden Faktoren finde man keine weiteren, offensichtlich limitierenden Belastungsfaktoren. Deren funktionelle Auswirkung finde sich in der Bemessung der Arbeits(un)fähigkeit wieder.

Zur Arbeitsfähigkeit wurde angegeben, bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Fabrikarbeiterin mit körperlicher Belastung bestehe sicherlich aufgrund der Cephalgien einerseits und der panvertebralen Schmerzen andererseits eine Einschränkung. Eine Festlegung auf Stunden erscheine nicht sinnvoll, da dies von der Leistung abhängig sei. Grundsätzlich sei die Leistungsfähigkeit ebenfalls eingeschränkt, dies hänge aber von der Arbeitszeit ab. Insgesamt bestehe aus rein neurologischer Sicht bezüglich der vormaligen Arbeitstätigkeit als Fabrikarbeiterin eine Arbeitsfähigkeit von 60 %. Eine optimal

angepasste Tätigkeit der Explorandin wäre eine Tätigkeit, die körperlich nicht zu belastend sei, d.h. keine schwerere Gewichtsbelastung auf das Achsenskelett, maximal 5 kg. Zudem sollte die Tätigkeit nicht zu monoton sein und nicht in Lärm oder Kälte stattfinden aufgrund der Cephalgien. Auch eine Dauerkonzentration, wie eine Bildschirmarbeit, erscheine nicht sinnvoll. Bei einer solchen optimal angepassten Tätigkeit würde aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitszeit bestehen, als eine Regelarbeitszeit von 8.5 Stunden pro Tag. Eine gewisse Einschränkung der Leistung bestehe aktuell aufgrund der chronischen Cephalgien aktuell, diese Minderung werde mit 20 % beziffert. Somit betrage die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt 80 %.

Der Gesundheitszustand der Explorandin habe sich seit der letzten Begutachtung vom Oktober 2003 sicherlich verändert, allerdings nicht unbedingt grundlegend. Zum einen erscheine aufgrund der MRI-Bildgebung bezüglich des panvertebralen Schmerzsyndroms eher die lumbale Seite führend und nicht die zervikale. Hierbei sei aber darauf hingewiesen, dass die vormalige Beurteilung nicht neurologisch gewesen sei. Insgesamt komme man aber wie im Jahr 2003 diesbezüglich zu einer insgesamt eher leichtgradigen Einschränkung. Neu dagegen seien die einschränkenden Cephalgien, die aktuell als chronisch beschrieben würden und vormals keine relevante Rolle gespielt hätten. Dies erscheine insofern als glaubhaft, als sich wohl auch ein schmerzmittelinduzierter Kopfschmerz entwickelt habe, der sich über die Jahre entwickeln könne. Dieser schränke die Arbeitsfähigkeit aktuell zumindest auch ein, sodass sich in der Summe aktuell die oben beschriebenen Arbeitsunfähigkeiten von neurologischer Seite ergäben, wobei aufgrund der schmerzmittelinduzierten Kopfschmerzen auch eine Verbesserung möglich erscheine (IV-Nr. 90.4 S. 23 ff.).

6.4 Dem neuropsychologischen Teilgutachten vom 7. Februar 2023 (Untersuchung vom 17. Januar 2023; Prof. Dr. J.____, Facharzt für Neuropsychologie) kann unter dem Titel «Zusammenfassende Beurteilung» entnommen werden, bei der Explorandin hätten im Rahmen einer orientierenden verhaltensneurologischen und umfassenden neuropsychologischen Untersuchung mittels klinisch-wissenschaftlich validierter und standardisiert durchgeführter Testverfahren kognitive Minderleistungen in verschiedenen Leistungsbereichen festgestellt werden konnten. Rein quantitativ könnte, gemessen an den Kriterien zur Bestimmung des Schweregrades einer neuropsychologischen Störung sowie deren Zuordnung zur Funktions- und Arbeitsfähigkeit, von einer mittelschweren bis schweren kognitiven Leistungsstörung ausgegangen werden. Bei qualitativer Betrachtung falle jedoch- trotz quantitativ unauffälliger Performanzvalidierung ■ ein dissoziiertes neurokognitives Leistungsbild auf, welches kaum mit einer genuinen neuropsychologischen Funktionsstörung vereinbar sei. So erreiche die Explorandin im räumlich-visuellen Teil der Intelligenztestung eine Leistungsspitze (entsprechend einem IQ von 112), welche ■ bei einem ansonsten eher unterdurchschnittlichen Intelligenzniveau ■ auf eine intakte anschauungsgebundene Leistungsfähigkeit hinweise und falle dabei durch eine deutlich unterdurchschnittliche Leistung in einer anderen visuokonstruktiven Aufgabe (Figur abzeichnen) auf. Zugleich sei die proportionale Erinnerungsleistung in der letztgenannten Aufgabe (verzögerte Reproduktion der abzeichnenden Figur) erstaunlich gut. Selbige Dissoziation zeige sich bei einer verbalen Lernaufgabe, bei welcher die unmittelbare Reproduktionsleistung einer Lernliste weit unterdurchschnittlich sei bei gleichzeitig quantitativ unauffälliger Wiedergabeleistung einer (ebenfalls verbal dargebotenen) Zahlenreihe. Hinzu komme die relativ niedrige Schulbildung bei einem als eher

bildungsfern anzunehmenden Sozialisationshintergrund, vor welchem die neuropsychologische Gesamt-Performanz ebenfalls relativiert werden müsse. Letztlich könne lediglich aus der reaktionszeitabhängigen Leistungsminderung im Verbund mit der ebenfalls defizitär ausgefallenen Flexibilitätsleistung auf eine allenfalls im Zuge der Schmerzchronifizierung zwar nivellierten, jedoch generell als vergleichsweise niedrig anzusetzenden kognitiven Gesamtleistung geschlossen werden. Dies vorausgesetzt, sei die Leistungsminderung aus neuropsychologischer Perspektive allenfalls als leichtgradig zu bewerten. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde angegeben, aus rein neuropsychologischer Sicht bestehe derzeit eine 20%ige Einschränkung. Die Leistungsfähigkeit sei aus neuropsychologischer Sicht während des Anwesenheitszeitraums nicht eingeschränkt. Die Explorandin sei aus neuropsychologischer Sicht zu 80 % arbeitsfähig (IV-Nr. 90.5 S. 19 ff.).

6.5 Im rheumatologischen Teilgutachten vom 21. Dezember 2022 (Untersuchung vom 21. Dezember 2022; Dr. med. K. ____, Facharzt für Rheumatologie FMH) wurde im Rahmen der medizinischen Beurteilung dargelegt, die Explorandin leide an einem chronischen jahrelangen generalisierten Schmerzsyndrom. An somatischen Ursachen zeigten sich zervikozephal und lumbovertebral degenerative Veränderungen mit Osteochondrosen, Spondylarthrosen und Bandscheibenprotrusionen. Zudem sei eine Tendinopathie der Achillessehne links diagnostiziert worden. Auch im Bereich der Hand seien Schmerzen beidseitig beklagt worden, ebenso in der Schulter links sowie in den beiden Knien. Begleitend zur komplexen Schmerzproblematik bestehe seit längerer Zeit eine Depression. Gemäss eigenen Angaben bestehe hier ein enges Wechselspiel zwischen psychischer Verfassung und Schmerzwahrnehmung. Bereits eine polydisziplinäre Begutachtung im Oktober 2003 habe ein chronisches Cervico-zephal und cervicobrachiales Schmerzsyndrom sowie eine Periarthropathia coxae links sowie Ansatzdendinose der Patella rechts attestiert. Insgesamt bestehe jedoch ein inadäquates hohes Schmerzempfinden zu den objektiv sichtbaren Befunden insbesondere im peripheren Extremitäten- und Gelenkbereich. Die letzte Arbeitstätigkeit habe daher im Jahr 2004 aufgrund der körperlichen Schmerzen geendet. Verschiedene Einsatzprogramme hätten maximal wenige Tage aufgrund körperlicher Schmerzen wahrgenommen werden können. Hinsichtlich Konsistenz/Plausibilität konnte zusammenfassend gesagt werden, auf rheumatologischem Fachgebiet bestehe eine Diskrepanz zwischen den massiv geäusserten Schmerzempfindungen und der weniger stark eingeschränkten körperlichen Verfassung. Hinweise für Aggravation oder Simulation/Dissimulation hätten sich nicht ergeben.

Zur Herleitung der Diagnosen wurde erklärt, die Diagnosen ergäben sich aus den vorliegenden Arztberichten, den Eigenangaben des Exploranden sowie dem aktuellen rheumatologischen Untersuchungsbefund und ergänzenden Untersuchungen mittels muskuloskelettalen Ultraschalls. Hinweise für eine entzündlich aktive immunologische Grunderkrankung als Ursache der multilokulären Schmerzsymptomatik ergäben sich aktuell nicht. Zum bisherigen Therapieverlauf wurde erwähnt, die Explorandin habe sich aufgrund ihres Leidensdrucks regelmässig in ärztliche Behandlung und Therapie begeben. Aus rheumatologischer Sicht wäre zusätzlich eine gezielte Therapie des Fibromyalgiesyndroms wünschenswert und habe bisher noch nicht stattgefunden. Die lange Chronifizierung sei als starker negativ beeinflussender Faktor zu nennen. Aufgrund der aktuellen Anamnese, der körperlichen Untersuchung sowie aufgrund der Aktenlage ergäben sich auf rheumatologischem Fachgebiet oben erwähnte IV-relevante Diagnosen mit entsprechenden

Funktionseinschränkungen. Zu den Ressourcen sei zu erwähnen, dass die Explorandin nur ungenügende Deutschkenntnisse habe. Ihre Motivation sei eingeschränkt und die Therapieadhärenz sei nicht beurteilbar. Das soziale Umfeld sei auf die Familie beschränkt. Eine geordnete Tagesstruktur sei teilweise gegeben. Neben den in die obgenannten Diagnosen einflussenden Faktoren finde man keine weiteren offensichtlich limitierenden Belastungsfaktoren. Aus rheumatologischer Sicht ergebe sich in der bisherigen Tätigkeit eine Einschränkung des zeitlichen Arbeitspensums auf 6 Stunden pro Tag. Dabei ergebe sich eine auf 70 % eingeschränkte Leistungsfähigkeit. Dies führe zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 %, welche seit der Diagnose des zervicozephalen Syndroms im Oktober 2019 bestehe. Aus rheumatologischer Sicht sollte eine optimale Tätigkeit folgende Kriterien beinhalten: Körperlich leichte Tätigkeit, wechselbelastend mit der Möglichkeit zum Sitzen und Stehen, Vermeidung repetitiver Rumpf- und Kopfbewegungen sowie keine starken Temperaturschwankungen. Es ergebe sich keine Einschränkung des zeitlichen Arbeitspensums oder der Leistungsfähigkeit. In angepasster Tätigkeit seien keine IV-relevanten Krankheiten ersichtlich.

Die Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Explorandin gegenüber der Situation gemäss MEDAS-Gutachten vom 1. Oktober 2003 erheblich verändert hätten, wurde wie folgt beantwortet: Aus rheumatologischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit seit der Verschlechterung der Symptome des zervikozephalen Syndroms im Oktober 2019 und des Lumbalsyndroms mit Zunahme der degenerativen Veränderungen gemäss MRI-HWS von Oktober 2019 und MRI-LWS von März 2020. Die Symptomatik des Fibromyalgiesyndroms sei beitragend und habe sich kontinuierlich entwickelt. Gegenüber der Vorbeurteilung vom 1. Oktober 2003 seien progrediente degenerative axiale Veränderungen nachweisbar, weshalb schmerzbedingte Bewegungseinschränkungen zerviko-lumbal nachvollziehbar seien. Angepasste Tätigkeiten und Haushaltsarbeit könnten aus rheumatologischer Sicht uneingeschränkt bewältigt werden (IV-Nr. 90.7 S. 29 ff.).

6.6 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 17. Februar 2023 (Untersuchung vom 14. Dezember 2022; Dr. med. L. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH) gab die Explorandin an, sie habe am ganzen Körper Schmerzen und leide auch an starken Kopfschmerzen. Zu ihrem aktuellen Schmerzgrad befragt habe sie auf der visuellen Analogskala einen Schmerzgrad von 7 angegeben. Sie habe auch erklärt, dass sie oft einen Schmerzgrad von über 10 habe. Sie sei während sieben Wochen stationär in der Frauenklinik D. ____, gewesen. Der Klinik-aufenthalt habe ihr gut getan, sie habe sich erholen können und vom Kopf her entspannen können. Im Zentrum M. ____, sei sie umfangreich untersucht worden; sie sei dort zweimal pro Monat zur aktuellen Therapie. Die Explorandin sei in der Türkei aufgewachsen und habe dort während fünf Jahren die Schule besucht. Sie verfüge über keine Ausbildung und habe zuletzt bis 2004 in der B. ____, AG gearbeitet. Sie habe zunächst in einem 100%-Pensum begonnen, aufgrund gesundheitlicher Probleme habe sie zuletzt nur noch 50 % gearbeitet. Das Anforderungsprofil habe Packen, Paletten vorbereiten und Bandarbeit umfasst. Sie sei seit dem Jahr 2004 zu 100 % arbeitsunfähig und beziehe seit dem Jahr 2009 Sozialhilfe. Sie berichte, dass sie keine Dauerarbeit leisten könne. Sie fühle sich sehr schwach und könne im Haushalt kaum etwas erledigen. Sie habe ständige Schmerzen und leide an Kopfschmerzen. Sie habe aktuell keine Ressourcen.

Im Rahmen der medizinischen Beurteilung wurde im Wesentlichen dargelegt, die Explorandin sei im Jahr 2003 internistisch, rheumatologisch und psychiatrisch begutachtet worden. Im Vordergrund hätten damals ein Schmerzsyndrom cervicocephal und lumbovertebral sowie eine leichte depressive Episode gestanden. Seitens des medizinischen Zentrums M.____ sei im Bericht vom 13. Oktober 2020 eine Verschlechterung des Gesundheitszustands geltend gemacht worden. Die Explorandin stehe dort seit Dezember 2018 zweimal monatlich in ambulanter Schmerzbehandlung. Laut Austrittsbericht der Frauenklinik D.____ habe die Stimmung und der Antrieb sowie die Selbstfürsorge verbessert werden können. Die Patientin habe sich im Austrittsgespräch zuversichtlich gezeigt, ihre im Setting erreichten Ziele weiter zu verfolgen und zu festigen. Aufgrund der Inkonsistenzen in den Berichten der Behandler sei laut RAD eine Begutachtung angezeigt. Bei der Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität wurde zusammenfassend angegeben, bei der Explorandin bestünden zwischen den subjektiven, häufig massiven Beschwerdeschilderungen und ihrem Verhalten in der Untersuchungssituation eine auffällige Diskrepanz. Sie habe einen appellativen und demonstrativen Eindruck vermittelt. Das Ausmass der geschilderten Beschwerden stehe auch nicht in Übereinstimmung mit einer leidensgerechten Inanspruchnahme therapeutischer Hilfen. Die Diskrepanzen zwischen den geschilderten psychischen Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten sowie der Behauptung von Einschränkungen im psychosozialen Umfeld wiesen auf ein aggravierendes Verhalten der Explorandin hin, das durch den Wunsch nach Bezug von Rentenleistungen motiviert sein dürfte. Lege man die Kriterien der gutachterlichen Konsistenzprüfung nach Phillipps zugrunde, führe dies zu keinem anderen Ergebnis.

Zur Herleitung der Diagnosen wurde dargelegt, aufgrund der Gesamtschau der Begutachtungsergebnisse, insbesondere unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Authentizitätsprüfung, sei von einer deutlich geringeren Beeinträchtigung auszugehen, als dies aufgrund der eigenen Beschwerdeschilderung der Explorandin der Fall wäre. Bei der Explorandin sei eine depressive Störung in Betracht zu ziehen gewesen, da in den Akten die Diagnose einer depressiven Episode gestellt worden sei. Diese könne aktuell nicht bestätigt werden. Dem Befund könne keine mittelschwere oder schwere depressive Störung entnommen werden. Die Hauptsymptome einer in Frage kommenden depressiven Störung ■ depressive Stimmung, Interessen- oder Freudlosigkeit und verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit ■ hätten sich bei der Begutachtung nicht feststellen lassen. Die Explorandin habe sich während der Begutachtung schwingungsfähig gezeigt. Sie gehe verschiedenen Aktivitäten nach, zu denen Patienten mit behandlungsbedürftigen depressiven Störungen mangels Antrieb und wegen des Interessenverlustes in der Regel nicht in der Lage seien. Ferner könnten keine Konzentrationsstörungen nachgewiesen werden. Auch in der aktuellen Untersuchung hätten sich keine Anhaltspunkte für ein vermindertes kognitives Leistungsvermögen gezeigt. In Betracht komme bei der Explorandin auch eine somatoforme Schmerzstörung. Auch in der aktuellen Untersuchung habe die Explorandin ein Ausmass an Schmerzen beklagt, welches nicht durch die tatsächlichen Beeinträchtigungen am Bewegungsapparat gerechtfertigt sei. Für eine somatoforme Schmerzstörung/Somatisierungsstörung werde in der Rechtsprechung und in den Qualitätsleitlinien gefordert, dass zuvor eine Symptomausweitung bzw. Aggravation ausgeschlossen werden müsse. Dies sei hier jedoch nicht der Fall. Es bestünden deutliche Hinweise auf ein aggravierendes Verhalten. Der Bezug von Rentenleistungen durch die Explorandin stehe im Vordergrund. Eine berufliche Wiedereingliederung werde durch invaliditätsfremde Faktoren limitiert. Im Übrigen sei darauf hinzuweisen, dass leichte bis

höchstens mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar seien und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führten, weshalb solche psychischen Störungen gemäss gängiger Rechtsprechung grundsätzlich nicht invalidisierend seien.

Zum bisherigen Therapieverlauf wurde angegeben, es habe sich gezeigt, dass bei der Explorandin IV-fremde Faktoren im Vordergrund stünden und es seien aus psychiatrischer Sicht keine Behandlungsoptionen vorhanden, welche die ohnehin uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit der Explorandin zu verbessern vermöge. Die Explorandin verfüge über Ressourcen. Aus rein psychiatrischer Sicht sei sie nicht durch eine namhafte psychische Beeinträchtigung/Störung in ihren Alltagsfähigkeiten und in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Dafür spreche, dass die Explorandin einen strukturierten Tagesablauf mit sozialen Kontakten inner- und ausserhalb der Familie und einem guten Hilffsystem angebe. Dementsprechend sei sie im Rahmen ihrer Möglichkeiten aus rein psychiatrischer Sicht ausreichend gut zur Wissensanwendung und zur Planung und Strukturierung von Aufgaben in der Lage. Sie sei zu dyadischen Beziehungen befähigt. Dem Gutachter habe sich in der gutachterlichen Untersuchung eine psychisch nicht wesentlich beeinträchtigte Explorandin präsentiert.

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde angegeben, aus rein psychiatrischer Sicht bestehe derzeit keine Einschränkung in ihrer bisherigen Tätigkeit. 8.5 Stunden pro Tag an 5 Tagen pro Woche seien zumutbar. Hingegen bestehe aus rein neuropsychologischer Sicht derzeit eine 20%ige Einschränkung in ihrer bisherigen Tätigkeit. Die Leistungsfähigkeit der Explorandin sei aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt. Im Längsschnitt gebe es keine Hinweise für eine verfestigte, längerdauernde und höhergradige Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung, welche über längere Dauer gesichert zugeordnet werden könne. Aus neuropsychologischer Sicht sei die Leistungsfähigkeit der Explorandin während des Anwesenheitszeitraums nicht eingeschränkt. Die Explorandin sei aus psychiatrischer Sicht zu 100 % und aus neuropsychologischer Sicht zu 80 % arbeitsfähig. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wurde dargelegt, es bestehe in jeglicher dem Alter und dem Habitus entsprechenden Verweistätigkeit eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 100 % bezogen auf ein 100%-Pensum, wobei die Leistungsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt sei. Die Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Explorandin gegenüber der Situation gemäss Gutachten vom 1. Oktober 2003 erheblich verändert habe, wurde dahingehend beantwortet, im Längsschnitt gebe es keine Hinweise für eine verfestigte, längerdauernde und höhergradige Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung, welche über längere Dauer gesichert zugeordnet werden könne (IV-Nr. 90.6 S. 12 ff.).

E. 6.3

hiervor). Ein Indiz, welches gegen die Zuverlässigkeit des E.____-Gutachtens sprechen würde, ist hier nicht ersichtlich. Dies wird im Übrigen von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht.

7.5 Die Beschwerdeführerin bringt vor, sie leide insbesondere unter einer schweren Depression, welche allein schon eine vollständige Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit begründe. Im psychiatrischen Teilgutachten des E.____-Gutachtens sei die Diagnose einer depressiven Störung aberkannt worden, was nicht nachvollziehbar sei (Beschwerde, S. 4

und 14 ff.).

7.5.1 Dazu ist festzuhalten, dass der psychiatrische E.____-Teilgutachter, Dr. med. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, aufgrund seiner Untersuchungsergebnisse vom 14. Dezember 2022 zum Schluss kam, bei der Beschwerdeführerin habe zwischen den subjektiven, häufig massiven Beschwerdeschilderungen und ihrem Verhalten in der Untersuchungssituation eine auffällige Diskrepanz bestanden. Sie habe einen appellativen und demonstrativen Eindruck hinterlassen. Das Ausmass der geschilderten Beschwerden stehe auch nicht in Übereinstimmung mit einer leidensgerechten Inanspruchnahme therapeutischer Hilfen. Die Diskrepanzen zwischen den geschilderten psychischen Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten sowie den behaupteten Einschränkungen im psychosozialen Umfeld wiesen auf ein aggravierendes Verhalten der Beschwerdeführerin hin, das durch den Wunsch nach Bezug von Rentenleistungen motiviert sein dürfte. Der psychiatrische Teilgutachter stellte ausschliesslich die Diagnose (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10: F68.0/Z76.5) DD Schmerzfehlerverarbeitung/Symptomausweitung (Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten) (ICD-10: F54)» und erläuterte im Rahmen der Herleitung der Diagnosen, aufgrund der Gesamtschau der Begutachtungsergebnisse, insbesondere unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Authentizitätsprüfung, sei von einer deutlich geringeren Beeinträchtigung auszugehen, als dies aufgrund der Beschwerdeschilderung der Beschwerdeführerin anzunehmen wäre. Dr. med. L.____ hielt nach der Erhebung der Untersuchungsbefunde (IV-Nr. 90.6 S. 22 f.) ausdrücklich fest, die Diagnose einer depressiven Störung ■ wie sie aus den Akten hervorgehe ■ könne aktuell nicht bestätigt werden. Er könne eine mittelschwere oder schwere depressive Störung seinem Befund nicht entnehmen. Die Hauptsymptome einer in Frage kommenden depressiven Störung (depressive Stimmung, Interessen- oder Freudverlust und verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit) hätten sich bei der Begutachtung nicht feststellen lassen. Die Beschwerdeführerin habe sich während der Begutachtung schwingungsfähig gezeigt. Sie gehe verschiedenen Aktivitäten nach, zu denen Patienten mit behandlungsbedürftigen depressiven Störungen mangels Antriebs und wegen Interessenverlustes in der Regel nicht in der Lage seien. Ferner seien keine Konzentrationsstörungen nachgewiesen worden. Auch in der aktuellen Untersuchung hätten sich keine Anhaltspunkte für ein vermindertes kognitives Leistungsvermögen gezeigt. Das Bestehen einer somatoformen Schmerzstörung bzw. Somatisierungsstörung wurde vom psychiatrischen Teilgutachter verneint, da eine Symptomausweitung bzw. Aggravation nicht ausgeschlossen werden könne. Es bestünden deutliche Hinweise auf ein aggravierendes Verhalten. Im Übrigen wies der psychiatrische Facharzt darauf hin, dass leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar seien und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führten (IV-Nr. 90.6 S. 26 ff.). Dr. med. L.____ erklärte abschliessend, die Beschwerdeführerin verfüge über Ressourcen, sie sei aus rein psychiatrischer Sicht nicht durch eine namhafte psychische Beeinträchtigung bzw. Störung in ihren Alltagsfähigkeiten und in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Dafür spreche, dass sie einen strukturierten Tagesablauf mit sozialen Kontakten inner- und ausserhalb der Familie und mit einem guten Hilfssystem angebe. Sie sei ausreichend gut zur Wissensanwendung, zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, zu dyadischen Beziehungen und zur Anpassung an Routinen und Regeln in der Lage. In der

Durchhaltefähigkeit sowie in der Fähigkeit zur Proaktivität und zu Spontanaktivitäten sei sie nicht eingeschränkt. Die Mobilität und Verkehrsfähigkeit sei ebenfalls nicht durch eine psychische Störung eingeschränkt. Es habe sich in der gutachterlichen Untersuchung eine psychisch nicht wesentlich beeinträchtigte Frau präsentiert (IV-Nr. 90.6 S. 32 ff.).

7.5.2 Die Beschwerdeführerin verweist in diesem Zusammenhang auf die aus den Akten hervorgehende Stellungnahme von Dr. phil. klin. psych. N.____, Klinischer Psychologe und Supervisor (Medizinisches Zentrum M.____), vom 3. Mai 2023 (BB 4) und verlangt, dass sich das Gericht mit der in diesem Bericht geäusserten Kritik auseinandersetzen habe (Beschwerde, S. 4). Darin hält der erwähnte Psychologe im Wesentlichen fest, der psychiatrische E.____-Teilgutachter Dr. med. L.____ stehe mit seiner oberflächlichen Begutachtung, aus welcher die Diagnose einer Depression nicht hervorgehe, allein da. Bei der letzten stationären Behandlung in der Frauenklinik D.____ sei eine schwere Depression festgestellt worden. Zwei Jahre später werde nun keine Depression mehr festgestellt, was bei einem depressiven Verlauf seit dem Jahr 1994 kaum realistisch sein könne. Die Merkmale einer schweren Depression seien nach wie vor erfüllt. Aus den vorliegenden Berichten der behandelnden Ärzte ergibt sich was folgt:

7.5.2.1 Im Bericht zur interdisziplinären Schmerzbehandlung des Medizinischen Zentrums M.____ (Dr. med. O.____, Facharzt für Chirurgie FMH; Dr. med. P.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie FMH; med. pract. Q.____, Fachärztin für Psychotherapie und Psychiatrie FMH; Dr. med. R.____, Facharzt für Neurologie; Dr. phil. N.____) vom 27. März 2020 wurde u.a. die Diagnose «Rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradige depressive Episode (ICD-10, F32.1)» gestellt und angegeben, die Beschwerdeführerin sei seit Dezember 2018 zweimal pro Monat im Medizinischen Zentrum M.____ in ambulanter psychotherapeutischer Schmerzbehandlung. Die somatische und psychiatrische Konsensbeurteilung lautete dahingehend, sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Packerin als auch in einer angepassten Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % (IV-Nr. 65 S. 5 ff. bzw. 71 S. 9 ff.).

7.5.2.2 Gemäss dem Bericht des Medizinischen Zentrums M.____ vom 13. Oktober 2020 (med. pract. Q.____; Dr. phil. N.____) besteht bei der Beschwerdeführerin u.a. eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10, F32.1). Subjektiv könne sie bis zu einer Stunde spazieren gehen. Wenn sie sehr langsam vorgehe, dann könne sie kochen, waschen und ein wenig aufräumen, aber sie benötige Unterstützung von den Söhnen bzw. vom Ehemann. Tageweise könne sie gar nichts machen, nur schlafen oder spazieren gehen. Der Alltag sei nicht mehr zu bewältigen. Daher sei eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit nicht mehr aufrecht zu erhalten. Die Patientin sei aufgrund der Depression und der Schmerzen aktuell zu 100 % arbeitsunfähig. Eine Verschlechterung sei seit dem Jahr 2017 ausgewiesen (IV-Nr. 65 S. 1 ff.).

7.5.2.3 Laut dem Bericht des Medizinischen Zentrums M.____ (S.____, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie; Dr. phil. N.____; Dipl.-Psych. T.____, Klinische Psychologin) vom 4. Februar 2021 erfolgt dort seit Dezember 2018 eine ambulante psychiatrische-psychotherapeutische Behandlung. Ca. einmal alle zwei Monate erfolge eine psychiatrisch-medikamentöse Behandlung, ca. zweimal pro Monat werde eine Einzelpsychotherapie durchgeführt. Eine Arbeitstätigkeit sei der Patientin aktuell nicht zuzumuten. Es wurde u.a. eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10, F32.2) diagnostiziert und dargelegt, die Patientin sei auch für angepasste Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Die Patientin fühle sich kraft-, energie- und

antriebslos. Sie sei geplagt von Nutz- und Sinnlosigkeitsgedanken. Der Therapieverlauf stagniere und die Beschwerden seien chronifiziert. Sie leide an Aktivitätseinschränkungen, oft nach nur kleinen Anstrengungen, an starker Depression, Interessenverlust und Freudlosigkeit. Die gedrückte Stimmung ändere sich von Tag zu Tag wenig und es falle ihr schwer, auf die jeweiligen Lebensumstände zu reagieren. Soziale Situationen könnten aktuell ihre Schmerzen verstärken sowie starke Nervosität und Angst auslösen. Bei gutem Verlauf bzw. Reduktion der Symptome der Schmerzen und Depression sei allenfalls ein Arbeitsversuch wieder zu erwägen. Solange sich die Symptome aber nicht reduzierten, sei die Patientin aus psychiatrischer Sicht auch für angepasste Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig (IV-Nr. 72 S. 6 ff.).

7.5.2.4 Im dem Bericht der Frauenklinik D.____ (Dr. med. U.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie; V.____, dipl. Ärztin) vom 14. Dezember 2021 über die erste Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 11. Oktober 2021 bis 29. November 2021 wurde die psychiatrische Hauptdiagnose «Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2)» gestellt und im Wesentlichen dargelegt, psychopharmakologisch sei eine antidepressive Therapie mit Duloxetin etabliert worden, welche die Patientin gut vertragen habe. In Bezug auf die soziale Situation sei in einem gemeinsamen Gespräch mit dem jüngeren Sohn das weitere Procedere zu Hause besprochen worden. In therapeutischer Hinsicht sei sowohl in den Gesprächen als auch auf kreativer und körperorientierter Ebene mittels Psychoedukation, Tagesstruktur und positiven Aktivitäten an der Selbstwirksamkeit sowie dem Selbstwert gearbeitet worden. Mittels Körperübungen sei die Ressourcenaktivierung und der Umgang mit Schmerzen gefördert worden. Mit der Patientin seien alternative Strategien zum Umgang mit den Schmerzen erarbeitet worden (Achtsamkeits-, Entspannungs- und Atemübungen). Initial sei die Patientin unsicher gewesen und habe sich zurückgezogen. Im Verlauf habe sich die Stimmung verbessert durch das Erleben in der Gruppe. Durch die bewegungsorientierten Therapien habe sich das Körpergefühl verändert und die Schmerzen seien darunter regredient gewesen. Die Patientin habe gelöster und offener gewirkt und mit mehr Selbstbewusstsein imponiert. Im Rahmen von Belastungserprobungen seien die erwähnten Themen im häuslichen Umfeld umgesetzt worden. Die Patientin sei in gegenseitigem Einvernehmen und nach regulärem Therapieabschluss in die bestehenden Wohnverhältnisse ausgetreten. Die Stimmung und der Antrieb hätten verbessert und die Selbstfürsorge gefördert werden können. Die Patientin habe sich im Austrittsgespräch zuversichtlich gezeigt, ihre im Setting erreichten Ziele weiterzuverfolgen und zu festigen. Zum Austrittszeitpunkt sei die Patientin klar von Selbst- und Fremdgefährdung distanziert gewesen (IV-Nr. 76 S. 2 ff.).

7.5.2.5 Die Hausärztin, Dr. med. W.____, Ärztin für allgemeine und anthroposophische Medizin, gab in ihrem ärztlichen Zeugnis vom 18. Januar 2024 an, sie betreue die Patientin seit ca. dem Jahr 2020. Sie sei zu sämtlichen Terminen (ca. einmal pro Monat) erschienen. Bei der Patientin liege eine schwere chronische Depression mit hochgradig chronifiziertem und generalisiertem Schmerzsyndrom vor. Zusätzlich leide sie unter zervikaler Migräne, chronischen Spannungskopfschmerzen, Fibromyalgie, ausgeprägter Erschöpfung, Fatigue und Konzentrationsschwäche. Aufgrund dieser dauerhaft persistierenden und ausgeprägten Beschwerden sowie der ständigen Verschlechterung der Problematik sei es nicht möglich und realistisch, dass sie in der «freien Wirtschaft» einer Arbeit nachgehen könne. So rechne sie weiterhin mit einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % (BB 8).

7.5.3 Angesichts der vorerwähnten Berichte der behandelnden Ärzte ist festzustellen, dass diese den psychischen Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Vergleich zum psychiatrischen E.____-Teilgutachter Dr. med. L.____ deutlich anders beurteilen und von einer nach wie vor bestehenden mittelschweren bis schweren rezidivierenden depressiven Störung ausgehen. Es gilt indessen zu beachten, dass auf ein versicherungsexternes Gutachten praxisgemäss abzustellen ist, sofern nicht konkrete Indizien gegen dessen Zuverlässigkeit sprechen (Urteil des Bundesgerichts 8C_720/2021 vom 23. Februar 2022 E. 5.1 mit Hinweisen; vgl. E. II. 4.3 hiervor). Solche Indizien sind hier nicht ersichtlich. Es kann nachvollzogen werden, dass Dr. med. L.____ gestützt auf die von ihm anlässlich seiner Untersuchung vom 14. Dezember 2022 erhobenen Befunde (vgl. IV-Nr. 90.6 S. 22 f.) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, insbesondere keine depressive Störung, stellen konnte. Der psychiatrische E.____-Teilgutachter legte nachvollziehbar dar, dass zwischen den subjektiven, häufig massiven Beschwerdeschilderungen und dem Verhalten der Beschwerdeführerin in der Untersuchungssituation eine auffällige Diskrepanz bestehe und das Ausmass der geschilderten Beschwerden auch nicht in Übereinstimmung mit einer leidensgerechten Inanspruchnahme therapeutischer Hilfen stehe. Angesichts der deutlichen Hinweise auf ein aggravierendes Verhalten konnte Dr. med. von L.____ nachvollziehbarerweise auch keine somatoforme Schmerzstörung bzw. Somatisierungsstörung diagnostizieren, vielmehr stellte er verschiedene Ressourcen der Beschwerdeführerin fest. Unstimmigkeiten oder gar Widersprüche sind hier nicht erkennbar. Es ist demnach nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin dem E.____-Gutachten rechtsprechungsgemäss höheren Beweiswert beigemessen hat, auch wenn die behandelnden Ärzte denselben medizinischen Sachverhalt anders bewerten. Erfahrungsgemäss sagen behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aus. Dies gilt sowohl für den allgemein praktizierenden Hausarzt als auch für den behandelnden Spezialarzt, die beide in einem besonderen Vertrauensverhältnis zu den Patienten stehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_720/2021 vom 23. Februar 2022 E. 5.5 mit Hinweisen). Wie die Beschwerdegegnerin sodann zu Recht darauf hinweist, stellt die Beschwerdeführerin weitgehend auf medizinische Berichte ihrer Behandler aus den Jahren 2020 und 2021 ab (vgl. E. II. 7.5.2.1 bis 7.5.2.4 hiervor). Die psychiatrische E.____-Teilbegutachtung wurde am 14. Dezember 2022 durchgeführt, nachdem sich die Beschwerdeführerin vom 11. Oktober 2021 bis 29. November 2021 in der Frauenklinik D.____ hatte stationär behandeln lassen und eine Besserung ihrer Stimmung und ihres Antriebs erreicht sowie die Selbstfürsorge gefördert werden konnte (vgl. E. II. 7.5.2.4 hiervor). Angesichts dieses positiven Verlaufs kann nachvollzogen werden, dass Dr. med. L.____ bei seiner Begutachtung keine depressive Störung mehr feststellen konnte.

Entgegen der Argumentation in der Stellungnahme von Dr. phil. N.____ vom 3. Mai 2023 (vgl. BB 4 S. 2 f.) kann nicht gesagt werden, das psychiatrische E.____-Teilgutachten sei oberflächlich, falsch und klinisch nicht nachvollziehbar. So stellte der psychiatrische Teilgutachter verschiedene Ressourcen der Beschwerdeführerin fest und legte nachvollziehbar dar, die Beschwerdeführerin habe sich während der Begutachtung schwingungsfähig gezeigt; sie gehe verschiedenen Aktivitäten nach, zu denen Patienten mit behandlungsbedürftigen depressiven Störungen mangels Antriebs und wegen Interessenverlustes in der Regel nicht in der Lage seien. Eine namhafte psychische Störung, welche die Beschwerdeführerin in ihren Alltagsfähigkeiten und in ihrer Arbeitsfähigkeit einschränkt, konnte der Facharzt nicht erkennen. Er legte überzeugend dar, die

Beschwerdeführerin habe einen strukturierten Tagesablauf mit sozialen Kontakten inner- und ausserhalb der Familie und mit einem guten Hilffsystem. Dementsprechend sei sie im Rahmen ihrer Möglichkeiten aus psychiatrischer Sicht ausreichend gut zur Wissensanwendung und zur Planung und Strukturierung von Aufgaben in der Lage. Sie sei zu dyadischen Beziehungen befähigt, könne sich an Routinen und Regeln gut anpassen und sei nicht durch eine psychische Erkrankung in ihrer Durchhaltefähigkeit oder in ihrer Fähigkeit zur Proaktivität und Spontanaktivitäten eingeschränkt. Die Mobilität und Verkehrsfähigkeit sei ebenfalls gegeben (vgl. IV-Nr. 90.6 S. 33). Dementsprechend wurde bei der Würdigung des Tagesablaufs festgestellt, die Beschwerdeführerin erledige zusammen mit ihrem Lebenspartner bzw. Ex-Ehemann regelmässig den Haushalt (Kochen, Abstauben, Wäsche waschen, Betten machen [nur Kleinigkeit], Küche reinigen) und unternehme auch andere Aktivitäten (Fernsehen, Spaziergänge, Gymnastikübungen). Ausserdem sei sie zwei Monate vor der Begutachtung in die Türkei geflogen, um ihre kranke Schwester zu besuchen (normalerweise sei sie einmal pro Jahr in der Türkei, vgl. IV-Nr. 90.4 S. 19). Sodann nutze sie die sozialen Medien (WhatsApp, Facebook; vgl. IV-Nr. 90.6 S. 18 ff. Ziff. 3.2.12). Damit werden ■ entgegen der Argumentation der Beschwerdeführerin - durchaus konkrete Aktivitäten genannt, welche gegen das Vorliegen einer mittelschweren oder schweren depressiven Störung sprechen. Auf das ärztliche Zeugnis der behandelnden Allgemeinmedizinerin Dr. med. W. ___ vom 18. Januar 2024, worin demgegenüber u.a. eine noch bestehende schwere chronische Depression und dementsprechend auch weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurden (BB 8; vgl. E. II. 7.5.2.5 hiervor), kann nicht abgestellt werden, zumal es sich bei dieser behandelnden Ärztin bzw. Hausärztin nicht um eine Psychiaterin handelt. Im Übrigen gilt es zu beachten, dass auch der rheumatologische Teilgutachter, Dr. med. K. ___, Facharzt für Rheumatologie FMH, auf rheumatologischem Fachgebiet eine Diskrepanz zwischen den massiv geäusserten Schmerzempfindungen und der weniger stark eingeschränkten körperlichen Verfassung feststellen konnte (vgl. IV-Nr. 90.7 S. 30). Vor diesem Hintergrund besteht kein Anlass, von den nachvollziehbaren und überzeugenden gutachterlichen Feststellungen von Dr. med. L. ___ abzuweichen. Die in der Stellungnahme von X. ___, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und dem Psychologen Dr. phil. N. ___ vom 3. Mai 2023 gegen das E. ___-Gutachten erhobenen Einwände (BB 4; vgl. E. II. 7.5.2 hiervor) sind zu wenig substantiiert, um den Beweiswert des psychiatrischen E. ___-Teilgutachtens schmälern zu können. Es besteht sodann kein Anhaltspunkt, dass die Beschwerdeführerin wegen der beschränkten Zeit nicht in der Lage gewesen sein könnte, depressive Symptome richtig auszuführen. Ebenso wenig wird dargelegt, weshalb es bei einem Verlauf der Depression seit dem Jahr 1994 nicht realistisch sein soll, dass Dr. med. L. ___ in seiner Untersuchung vom 14. Dezember 2022 zwei Jahre (recte: ein Jahr) nach dem Aufenthalt der Beschwerdeführerin in der Frauenklinik D. ___ vom 11. Oktober bis 29. November 2021 keine Depression mehr feststellen kann. Solche Einwände vermögen die gutachterlichen Angaben nicht in Zweifel zu ziehen.

7.6 In Bezug auf das rheumatologische E. ___-Teilgutachten vom 21. Dezember 2022 macht die Beschwerdeführerin geltend, die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit, wonach sie zu 100 % arbeitsfähig sein soll, sei nicht nachvollziehbar. Es sei korrekterweise die Verschlechterung der Symptome des zervikozephalen Syndroms und des Lumbalsyndroms mit Zunahme der degenerativen Veränderung gemäss MRI-HWS vom Oktober 2019 sowie MRI-LWS vom März 2020 anerkannt worden. Die Schlussfolgerung der Gutachter stehe in krassem Widerspruch zur

Einschätzung von Dr. med. O.____, welcher auf eine Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit von 50 % schliesse (Beschwerde, S. 19).

Dazu ist festzuhalten, dass der rheumatologische E.____-Teilgutachter Dr. med. K.____, Facharzt für Rheumatologie FMH, gestützt auf seine umfassende und detaillierten Befunderhebung nachvollziehbar ausführte, an somatischen Ursachen zeigten sich zervikozephal und lumbovertebral degenerative Veränderungen mit Osteochondrosen, Spondylarthrosen und Bandscheibenprotrusionen. Zudem diagnostizierte er eine Tendinopathie der Achillessehne links und stellte fest, gemäss eigenen Angaben der Beschwerdeführerin bestehe ein enges Wechselspiel zwischen psychischer Verfassung und Schmerzwahrnehmung. Insgesamt bestehe jedoch ein inadäquates hohes Schmerzempfinden zu den objektiv sichtbaren Befunden insbesondere im peripheren Extremitäten- und Gelenkbereich. Zur Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität legte er ■ wie erwähnt ■ dar, auf rheumatologischem Fachgebiet bestehe eine Diskrepanz zwischen den massiv geäusserten Schmerzempfindungen und der weniger stark eingeschränkten körperlichen Verfassung. Der rheumatologische Gutachter stellte die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eines chronischen Zerviko-Lumbal-Syndroms sowie eines Fibromyalgiesyndroms und kam zum Schluss, unter einer intensivierten fachgerechten Therapie des Fibromyalgiesyndroms, gegebenenfalls auch im Rahmen einer stationären multimodalen Komplextherapie, könne in der Regel eine signifikante Reduktion des Symptomschweregrades erreicht werden. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit setzte er auf 50 % fest, in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit (körperlich leichte Tätigkeit, wechselbelastend mit der Möglichkeit zum Sitzen und Stehen, Vermeidung repetitiver Rumpf- und Kopfbewegungen sowie keine starken Temperaturschwankungen) bestehe aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 90.7 S. 21 ff.). Es besteht kein Anlass, von dieser nachvollziehbaren und überzeugenden fachärztlichen Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin abzuweichen. Dass der behandelnde Arzt Dr. med. O.____, Facharzt für Chirurgie FMH, im Bericht des Medizinischen Zentrums M.____ vom 27. März 2020 die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit lediglich auf 50 % festsetzte (vgl. IV-Nr. 71 S. 18), führt zu keiner anderen Beurteilung. Dr. med. O.____ konzentriert sich als behandelnder Arzt in erster Linie auf die Behandlung, weshalb sein Bericht nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustands verfolgt und damit die materiellen Anforderungen an ein Gutachten nicht zu erfüllen vermag (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_160/2012 vom 13. Juni 2012 E. 3.1.2 mit Hinweisen). Aus rheumatologischer Sicht sind zwar progrediente degenerative axiale Veränderungen nachweisbar, weshalb nach den gutachterlichen Angaben schmerzbedingte Bewegungseinschränkungen zerviko-lumbal nachvollziehbar sind, dadurch wird die Beschwerdeführerin in einer im oben beschriebenen Sinn leidensadaptierten Tätigkeit nicht relevant in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Damit ist der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung im rheumatologischen E.____-Teilgutachten von Dr. med. K.____ vom 21. Dezember 2022 zu folgen.

7.7 Zum neuropsychologischen E.____-Teilgutachten vom 7. Februar 2023 wendet die Beschwerdeführerin ein, es lasse Zweifel an der gutachterlichen Kompetenz in Bezug auf die Schlussfolgerung und die durchgeführten Tests aufkommen. Diese zeigten in eindeutiger Weise auf, dass die Beschwerdeführerin wohl im unterdurchschnittlichen bis

weit unterdurchschnittlichen Bereich liege. Der Gutachter lege auch dar, dass die Gesamtleistung der Tests rein quantitativ auf eine mittelschwere bis schwere kognitive Leistungsstörung schliessen lasse. Von dieser an sich zutreffenden Feststellung weiche der Gutachter jedoch aufgrund einer einzigen Leistungsspitze, angeblich im räumlich-visuellen Teil der Intelligenztestung, ab und schliesse auf eine leichtgradige Leistungsminderung mit einer Auswirkung von 20 % auf die angestammte Arbeitstätigkeit. Diese Schlussfolgerung spiegle die Testresultate keineswegs adäquat wieder (Beschwerde, S. 19 ff.).

Der neuropsychologische E.____-Teilgutachter, Prof. Dr. J.____, Facharzt für Neuropsychologie, legte aufgrund seiner Untersuchungsergebnisse vom 17. Januar 2023 zusammenfassend dar, im Rahmen einer orientierenden verhaltensneurologischen und umfassenden neuropsychologischen Untersuchung mittels klinisch-wissenschaftlich validierter und standardisiert durchgeführter Testverfahren hätten bei der Beschwerdeführerin kognitive Minderleistungen in verschiedenen Leistungsbereichen festgestellt werden können. Rein quantitativ könnte von einer mittelschweren bis schweren kognitiven Leistungsstörung ausgegangen werden. Bei qualitativer Betrachtung falle jedoch, trotz quantitativ unauffälliger Performanzvalidierung, ein dissoziiertes neurokognitives Leistungsbild auf, welches kaum mit einer genuinen neuropsychologischen Funktionsstörung vereinbar sei. So erreiche die Beschwerdeführerin im räumlich-visuellen Teil der Intelligenztestung eine Leistungsspitze (entsprechend einem IQ von 112), welche ■ bei einem ansonsten eher unterdurchschnittlichen Intelligenzniveau ■ auf eine intakte anschauungsgebundene Leistungsfähigkeit hinweise und falle dabei durch eine deutlich unterdurchschnittliche Leistung in einer anderen visuokonstruktiven Aufgabe (Figur abzeichnen) auf. Zugleich sei die proportionale Erinnerungsleistung in der letztgenannten Aufgabe (verzögerte Reproduktion der abgezeichneten Figur) erstaunlich gut. Dieselbe Dissoziation zeige sich bei einer verbalen Lernaufgabe, bei welcher die unmittelbare Reproduktionsleistung einer Lernliste weit unterdurchschnittlich gewesen sei bei gleichzeitig quantitativ unauffälliger Wiedergabeleistung einer (ebenfalls verbal dargebotenen) Zahlenreihe. Hinzu komme die relativ niedrige Schulbildung bei einem als eher bildungsfern anzunehmenden Sozialisationshintergrund, vor welchem die neuropsychologische Gesamt-Performanz ebenfalls relativiert werden müsse. Letztlich könne lediglich aus der reaktionszeitabhängigen Leistungsminderung im Verbund mit der ebenfalls defizitär ausgefallenen Flexibilitätsleistung auf eine allenfalls im Zuge der Schmerzchronifizierung zwar nivellierten, jedoch generell als vergleichsweise niedrig anzusetzenden kognitiven Gesamtleistung geschlossen werden. Dies vorausgesetzt, sei die Leistungsminderung aus neuropsychologischer Perspektive allenfalls als leichtgradig zu bewerten. Gestützt auf diese Untersuchungsergebnisse setzte der neuropsychologische Gutachter die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf 80 % fest (vgl. IV-Nr. 90.5 S. 19 f.). Dieser gutachterlichen Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin, insbesondere auch der Interpretation der Testergebnisse durch den Experten, kann gefolgt werden. Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit spiegle die Testresultate keineswegs adäquat wieder und damit die gutachterliche Interpretation dieser Testergebnisse anzweifelt, ist darauf hinzuweisen, dass die Auswertung der neuropsychologischen Testergebnisse der Fachkompetenz der die Untersuchung durchführenden Person obliegt (Urteil des Bundesgerichts 8C_466/2017 vom 9. November 2017 E. 4.5 mit Hinweis). Für die von der Beschwerdeführerin entgegen den Teilgutachten postulierte vollständige Arbeitsunfähigkeit besteht keine Grundlage.

7.8 Zum neurologischen E.____-Teilgutachten vom 16. Januar 2023 bringt die Beschwerdeführerin vor, der Gutachter habe keine Verdeutlichungstendenzen feststellen können. Stossend sei, dass der Gutachter ■ trotz der Feststellung, es läge keine Aggravation vor ■ danach bei der Diskrepanzbeurteilung bezüglich der Intensität der Beschwerden und deren Vagheit, der massiven subjektiven Beschwerden und erkennbaren psychischen Beeinträchtigungen sowie des Ausmasses des geschilderten Leidensdrucks und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe Diskrepanzen sehe. In der Würdigung hingegen gehe der Gutachter insgesamt von einer recht konsistent geschilderten Leidensrealität aus. Die neurologischen Diagnosen seien korrekt gestellt worden. Nichtzutreffend sei hingegen die Würdigung der Arbeitsfähigkeit (Beschwerde, S. 21 ff.).

Der neurologische E.____-Teilgutachter, Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie FMH, kam aufgrund seiner Untersuchung vom 16. Dezember 2022 zwar zum Schluss, insgesamt seien die Beschwerden von der Beschwerdeführerin recht konsistent beschrieben worden, er stellte aber auch fest, insgesamt sei die schwere Einschränkung durch die fassbaren Erkrankungen aus neurologischer Sicht nicht erklärt (IV-Nr. 90.4 S. 25). Der neurologische Gutachter stellte die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eines komplexen, chronischen Kopfschmerzsyndroms, wahrscheinlich im Sinne eines Mischkopfschmerzes, mit episodenhafter Migräne, Spannungskopfschmerzen und arzneimittelinduziertem Kopfschmerz sowie von komplexen, panvertebralen Schmerzen (klinisch-neurologisch kein Hinweis auf eine schwerere radikuläre Problematik; bildgebend [MRI HWS 10/2019]: Anamnestisch keine Wurzelkompression; bildgebend [MRI LWS 03/2020]: Mögliche Foramenstenose L5/S1 beidseits) und legte dar, zusammengefasst ergebe sich ein sehr komplexes, chronisches Kopfschmerzsyndrom, das nicht sicher einzelnen Entitäten zuzuordnen sei. Die vorliegende Konstellation sei sicherlich einschränkend für die Arbeitsfähigkeit. Das panvertebrale Schmerzsyndrom sei aus neurologischer Sicht nur begrenzt erklärbar. Eine schwere Pathologie lasse sich aus neurologischer Sicht nicht verifizieren (IV-Nr. 90.4 S. 26 f.). Dr. med. I.____ hielt zum Therapieverlauf fest, insgesamt erschienen die therapeutischen Massnahmen bei doch sehr einschränkend beschriebenen Kopfschmerzen als eher gering (IV-Nr. 90.4 S. 28). Zur Arbeitsfähigkeit nahm er dahingehend Stellung, die letzte Tätigkeit der Beschwerdeführerin sei eine Tätigkeit als Fabrikarbeiterin mit körperlicher Belastung gewesen. Bei dieser Tätigkeit bestehe aufgrund der Kopfschmerzen (Cephalgien) einerseits und der panvertebralen Schmerzen andererseits sicherlich eine Einschränkung. Aus rein neurologischer Sicht belaufe sich die Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die vormalige Tätigkeit als Fabrikarbeiterin auf 60 %. Eine optimal angepasste Tätigkeit wäre eine solche, die körperlich nicht zu belastend sei, d.h. keine schwerere Gewichtsbelastung auf das Achsenskelett, maximal 5 kg. Zudem sollte die Tätigkeit aufgrund der Cephalgien nicht zu monoton sein und nicht in Lärm oder Kälte ausgeübt werden. Auch eine Dauerkonzentration, wie eine Bildschirmarbeit, erscheine nicht sinnvoll. Bei einer solchen adaptierten Tätigkeit bestehe aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitszeit (8.5 Stunden pro Tag), aufgrund der chronischen Cephalgien aber eine um 20 % verminderte Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 90.4 S. 30 f.). Dieser nachvollziehbaren versicherungsmedizinischen Beurteilung des neurologischen Gutachters sowie dessen Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf 60 % bzw. 80 % erscheint plausibel. Es sind keine Unstimmigkeiten oder widersprüchliche Angaben ersichtlich. Dem Einwand der Beschwerdeführerin, die Schlussfolgerung des neurologischen Gutachters, wonach ihr eine leidensadaptierte Tätigkeit mit einem

100%-Pensum zugemutet werden könne, sei nicht nachvollziehbar, geht fehl. Die Beschwerdeführerin übersieht dabei, dass Dr. med. I. ___ der Beschwerdeführerin aufgrund der chronischen Cephalgien eine um 20 % eingeschränkte Leistungsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit attestierte. In der bisherigen Tätigkeit als Fabrikarbeiterin wäre die Beschwerdeführerin wegen der panvertebralen Schmerzen um weitere 20 % in der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Damit wird eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als Fabrikarbeiterin von 60 % und eine solche in einer leidensangepassten Tätigkeit von 80 % attestiert, was angesichts der stärkeren körperlichen Belastung als Fabrikarbeiterin ohne weiteres nachvollzogen werden kann. Diese Arbeitsfähigkeitsbeurteilung wurde auch in die Gesamtbeurteilung übernommen (IV-Nr. 90.1 S. 18). Auch wenn die chronischen Kopfschmerzen nach den Angaben der Beschwerdeführerin nicht spezifisch bei körperlicher Belastung, sondern willkürlich und in alltäglichen Situationen auftreten, besteht für die von ihr geforderte vollständige Arbeitsunfähigkeit kein Raum.

7.9 Schliesslich wird von der Beschwerdeführerin beanstandet, in der Konsensbeurteilung vom 18. Februar 2023 sei darauf hingewiesen worden, dass nicht einfach die Bemessungen aus den einzelnen Teilgutachten übernommen würden, da diese konträr sein könnten, sondern es werde eine von allen Teilgutachtern getragene konsensuelle Beurteilung angegeben. Dies habe im vorliegenden Fall zum nicht nachvollziehbaren Ergebnis geführt, dass bei der Beschwerdeführerin ein aggravierendes Verhalten festgestellt worden sei, welches mit Blick auf den Bezug von Rentenleistungen motiviert gewesen sein solle. Es gelte jedoch zu beachten, dass der Beschwerdeführerin nur im psychiatrischen Teilgutachten eine Aggravation unterstellt worden sei. Den anderen Gutachtern, welche die Konsensbeurteilung unterschrieben hätten, sei ein aktenwidriges Verhalten in Bezug auf deren Aggravationsfeststellung vorzuwerfen (Beschwerde, S. 23 ff.).

In der Konsensbeurteilung äusserten sich die Gutachter zur Konsistenz/Plausibilität im Wesentlichen dahingehend, bei der Beschwerdeführerin habe insgesamt zwischen den subjektiven, häufig massiven Beschwerdeschilderungen und ihrem Verhalten in der Untersuchungssituation eine auffällige Diskrepanz bestanden. Auf rheumatologischem Fachgebiet bestehe eine Diskrepanz zwischen den massiv geäusserten Schmerzempfindungen und der weniger stark eingeschränkten körperlichen Verfassung. Insgesamt sei von der rein neurologischen Seite die schwere Einschränkung der Beschwerdeführerin durch die fassbaren Erkrankungen nicht erklärt. Die Diskrepanzen zwischen den geschilderten psychischen Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten sowie der Behauptung, Einschränkungen im psychosozialen Umfeld zu haben, wiesen auf ein aggravierendes Verhalten der Beschwerdeführerin hin, das durch den Wunsch nach dem Bezug von Rentenleistungen motiviert sein dürfte (IV-Nr. 90.1 S. 16 f.). Diese konsensuelle Beurteilung steht in Übereinstimmung mit den in den Teilgutachten vorgenommenen Konsistenzprüfungen: Im allgemein-internistischen Teilgutachten konnten keine konkreten Inkonsistenzen und keine Hinweise auf Aggravation oder Simulation festgestellt werden (IV-Nr. 90.3 S. 18 f.). Im neurologischen Teilgutachten wurden Diskrepanzen zwischen geschilderter Intensität der Beschwerden und der Vagheit der Beschwerden, massiven subjektiven Beschwerden und erkennbarer körperlich-psychischer Beeinträchtigung in der Untersuchung sowie zwischen Ausmass der geschilderten Beschwerden (Leidensdruck) und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe festgestellt. Insgesamt

sei allerdings von rein neurologischer Seite die schwere Einschränkung der Beschwerdeführerin durch die fassbaren Erkrankungen nicht erklärt. Ein Hinweis für Aggravation oder gar Simulation sei jedoch nicht ersichtlich (IV-Nr. 90.4 S. 24 f.). Im neuropsychologischen Teilgutachten wurde erklärt, aus den von der Beschwerdeführerin im Testverfahren erzielten Kennwerten gingen keine Hinweise auf testwertverfälschende Antworttendenzen hervor (IV-Nr. 90.5 S. 18). Im rheumatologischen Teilgutachten wurde darauf hingewiesen, es bestehe eine Diskrepanz zwischen den massiv geäußerten Schmerzempfindungen und der weniger stark eingeschränkten körperlichen Verfassung, Hinweise für Aggravation oder Simulation/Dissimulation seien jedoch nicht gegeben (IV-Nr. 90.7 S. 30 f.). Schliesslich wurde in der psychiatrischen Teilbegutachtung angegeben, zwischen den subjektiven, häufig massiven Beschwerdeschilderungen und ihrem Verhalten in der Untersuchungssituation habe eine auffällige Diskrepanz bestanden. Die Beschwerdeführerin habe einen appellativen und demonstrativen Eindruck vermittelt. Das Ausmass der geschilderten Beschwerden stehe auch nicht in Übereinstimmung mit einer leidensgerechten Inanspruchnahme therapeutischer Hilfen. Die Diskrepanzen zwischen den geschilderten psychischen Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten sowie der Behauptung, Einschränkungen im psychosozialen Umfeld zu haben, wiesen auf ein aggravierendes Verhalten der Beschwerdeführerin hin (IV-Nr. 90.6 S. 26 ff.). Demnach wurden gestützt auf die gutachterlichen Untersuchungsergebnisse in den neurologischen und rheumatologischen Teilgutachten verschiedene Diskrepanzen und in der psychiatrischen Teilbegutachtung sogar eine Aggravation festgestellt. Vor diesem Hintergrund erweist sich die Konsensbeurteilung, wonach aus der rheumatologischen und neurologischen Begutachtung Diskrepanzen hervorgingen und aufgrund der psychiatrischen Untersuchung von einem aggravierenden Verhalten der Beschwerdeführerin auszugehen sei, als korrekt. Damit kann den allgemein-internistischen und neuropsychologischen Teilgutachtern nicht ein aktenwidriges Verhalten vorgeworfen werden, beziehen sich die festgestellten Diskrepanzen doch klarerweise auf die neurologische und rheumatologische und die Aggravation auf die psychiatrische Teilbegutachtung. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin kann hier von einem haltlosen «Kompromiss» zugunsten des psychiatrischen Gutachters und dessen Einschätzung nicht die Rede sein.

8. Nach dem Gesagten sind weder in der Konsensbeurteilung noch in den Teilgutachten der E.____-Begutachtung konkrete Indizien ersichtlich, welche den Beweiswert der Begutachtung schmälern oder gar in Frage stellen würden. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin besteht für weitere Abklärungen, insbesondere für die Veranlassung des von ihr verlangten Gerichtsgutachtens (vgl. Beschwerde, S. 25 Ziff. 18.), kein Anlass. Im Folgenden ist zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem Referenzzeitpunkt (Einspracheentscheid vom 3. September 2004 [IV-Nr. 32]) relevant verändert hat.

8.1 Im polydisziplinären (rheumatologischen und psychiatrischen) Gutachten des C.____ vom 1. Oktober 2003 stellten die begutachtende Ärzte Dres. med. F.____ und G.____ die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «1. Chronisches Cervico-Cephal- und Cervico-Brachialsyndrom, Leichte Fehllhaltung der Halswirbelsäule, Spannungskopfschmerzen, Insuffizienz der Rumpf- inkl. Schultergürtelmuskulatur; 2. Leicht depressive Episode bei psychosozialen und soziokulturellen Belastungsfaktoren (ICD-10: F32.0)» und attestierten eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Fabrikarbeiterin als auch in einer adaptierten Tätigkeit in Höhe von

65 % (Arbeitszeit von 6 bis 7 Stunden pro Tag abzüglich eine um 20 % verminderte Leistungsfähigkeit; IV-Nr. 25.1 S. 10 ff.).

8.2 Demgegenüber stellten die E.____-Gutachter in ihrem polydisziplinären (allgemein-internistischen, neurologischen, neuropsychologischen, rheumatologischen und psychiatrischen) Gutachten vom 18. Februar 2023 die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «Chronisches Zerviko-Lumbal-Syndrom (ICD-10 M54.80), Osteochondrosen, multisegmental, Spondylarthrosen, multisegmental, Bandscheibenprotrusionen, multisegmental, Vertebragenen Haltungsinsuffizienz, Rechtskonvexe Thorako-Lumbalskoliose», «Komplexes, chronisches Kopfschmerzsyndrom, whs. i.S. eines Mischkopfschmerzes mit/bei Episodenhafter Migräne ohne Aura (ICD-10 G43.0), Spannungskopfschmerzen (ICD-10 G44.2), Arzneimittelinduziertem Kopfschmerz (ICD-10 G44.4)», «Fibromyalgiesyndrom (ICD-10 M79.70)» sowie «Leichtgradige neuropsychologische Störung (ICD-10 F06.7)» und kamen zum Schluss, aus interdisziplinärer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 50 % und in einer Verweisstätigkeit von 80 % (IV-Nr. 90.1 S. 18 f.). Die abschliessend gestellte Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gegenüber der Situation gemäss Gutachten vom 1. Oktober 2003 erheblich verändert habe, wurde von den Gutachtern dahingehend beantwortet, der Gesundheitszustand habe sich seit der letzten Begutachtung vom Oktober 2003 sicherlich verändert, allerdings nicht unbedingt grundlegend. Zum einen erscheine aufgrund der MRI-Bildgebung bezüglich des panvertebralen Schmerzsyndroms eher die lumbale Seite führend und nicht die zervikale, insgesamt komme man aber wie im Jahr 2003 zu einer insgesamt eher leichtgradigeren Einschränkung. Neu dagegen seien die einschränkenden Cephalgien, die man aktuell als chronisch beschreibe und vormals keine relevante Rolle gespielt hätten. Dies erscheine insofern als glaubhaft, als sich wohl auch ein schmerzmittelinduzierter Kopfschmerz entwickelt habe. Dieser schränke die Arbeitsfähigkeit aktuell zumindest auch ein, wobei aufgrund der schmerzmittelinduzierten Kopfschmerzen auch eine Verbesserung möglich erscheine. Aus rheumatologischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit seit der Verschlechterung der Symptome des zervikozephalen Syndroms im Oktober 2019 und des Lumbalsyndroms mit Zunahme der degenerativen Veränderungen gemäss dem MRI der HWS vom Oktober 2019 und dem MRI der LWS vom März 2020. Die Symptomatik des Fibromyalgiesyndroms sei beiträgend und habe sich kontinuierlich entwickelt. Gegenüber der Vorbeurteilung vom 1. Oktober 2003 seien progrediente degenerative axiale Veränderungen nachweisbar, weshalb schmerzbedingte Bewegungseinschränkungen zerviko-lumbal nachvollziehbar seien (IV-Nr. 90.1 S. 20 f.).

8.3 Gestützt auf diese gutachterlichen Angaben ist davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem Referenzzeitpunkt zwar verändert hat, aufgrund der von den Gutachtern erhobenen Befunde kann jedoch nicht von einer relevanten Gesundheitsverschlechterung ausgegangen werden, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Hinsichtlich des panvertebralen Schmerzsyndroms besteht nach den gutachterlichen Angaben wie im Jahr 2003 lediglich eine leichtgradige Einschränkung. Die neu aufgetretenen, als chronisch beschriebenen Cephalgien sowie der schmerzmittelinduzierte Kopfschmerz schränken die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zwar ebenfalls ein, daraus kann jedoch nicht auf eine relevante Gesundheitsverschlechterung aus neurologischer Sicht seit dem

Referenzzeitpunkt geschlossen werden, da nach den Angaben des neurologischen E.____-Teilgutachters aufgrund der schmerzmittelinduzierten Kopfschmerzen auch eine Verbesserung des Gesundheitszustands als möglich erscheint. Im Übrigen bestand bereits im Zeitpunkt der Begutachtung im C.____ eine Kopfschmerzproblematik (sich bei Stress-Situationen verschlimmernde Spannungskopfschmerzen), welche zusammen mit sekundär hinzugetretenen muskulo-skelettalen Beschwerden zu einer Verminderung der Leistungsfähigkeit führten (vgl. IV-Nr. 25.1 S. 12). Auch die leichten progredienten degenerativen axialen Veränderungen sowie die aufgetretene Symptomatik des Fibromyalgiesyndroms stellen keine relevante Gesundheitsverschlechterung dar, geht doch bereits aus dem Gutachten vom 1. Oktober 2003 hervor, dass bei der Beschwerdeführerin ein chronisches Cervico-Cephal- und Cervico-Brachialsyndrom diagnostiziert wurde und angesichts der chronischen cervico-okzipitalen Schmerzen eine Leistungsminderung anzunehmen war (vgl. IV-Nr. 25.1 S. 9). Aus psychiatrischer Sicht ist gestützt auf das beweismässige E.____-Gutachten eher von einer Verbesserung des Gesundheitszustands auszugehen, da vom psychiatrischen Gutachter im Vergleich zum Gutachten des C.____ keine depressive Störung mehr festgestellt werden konnte.

9. Nach dem Gesagten ist gestützt auf das von der Beschwerdegegnerin veranlasste polydisziplinäre G.____-Gutachten vom 18. Februar 2023 bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung vom 14. Dezember 2023, welche rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis bildet (Urteil des Bundesgerichts I 940/06 vom 19. November 2007 E. 4.1 mit Hinweis auf BGE 129 V 167 E. 1 S. 169), keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin ausgewiesen. Da seit dem Referenzzeitpunkt (rechtskräftiger Einspracheentscheid vom 3. September 2004) bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung keine erhebliche Veränderung des Sachverhalts eingetreten ist, liegt kein Revisionsgrund vor. Im vorliegenden Neuanmeldungsverfahren besteht somit keine Möglichkeit, eine davon abweichende Beurteilung des Rentenanspruchs vorzunehmen. Vielmehr bleibt es beim bisherigen Rechtszustand. Damit erübrigt sich ein Einkommensvergleich. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

E. 7

7.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen mit vorliegend angefochtener Verfügung im Wesentlichen mit der Begründung ab, seit der letzten Verfügung vom 15. Januar 2004 (IV-Nr. 26) bzw. dem Einspracheentscheid vom 3. September 2004 (Referenzzeitpunkt; IV-Nr. 32) sei keine für die Arbeitsfähigkeit erhebliche Änderung ihres Gesundheitszustands eingetreten. Aus medizinischer Sicht wäre es der Beschwerdeführerin weiterhin möglich und zumutbar, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Dem psychiatrischen E.____-Teilgutachten könne eine nachvollziehbare Herleitung der Diagnosestellung entnommen werden. Dass diese Feststellung offensichtlich unrichtig sei, werde von der Beschwerdeführerin nicht substantiiert geltend gemacht. Auch den rheumatologischen und neuropsychologischen E.____-Teilgutachten komme Beweiswert zu; es seien keine stichhaltigen Argumente ersichtlich, die eine andere Beurteilung zuliesse. Die Gutachter hätten Diskrepanzen zwischen der subjektiv geschilderten Intensität der Beschwerden sowie den körperlich gezeigten Beschwerden festgestellt. Aufgrund dieser Diskrepanzen sei man nicht per se von einem Ausschlussgrund ausgegangen. Die Gutachter hätten eine valide Aussage zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin gemacht. Auf das polydisziplinäre E.____-Gutachten vom 18. Februar 2023 sei abzustellen

(IV-Nr. 106; A.S. 1 ff.).

7.2 Die Beschwerdeführerin lässt demgegenüber beantragen, es sei die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 14. Dezember 2023 aufzuheben und es sei ihr eine ganze Invalidenrente ab 1. April 2021 (eventuell ab einem vom Gericht zu bestimmenden Zeitpunkt vor oder nach dem 1. April 2021) zuzusprechen. Zur Begründung wird im Wesentlichen angegeben, das Gericht habe sich mit der Kritik zum Gutachten von Dr. N.____, Medizinisches Zentrum M.____, vom 3. Mai 2023 (Beschwerdebeilage [BB] 4) auseinanderzusetzen. In diesem Bericht werde aufgezeigt, weshalb die Kriterien einer schweren Depression erfüllt seien. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit der ersten IV-Anmeldung am 11. November 2002 sukzessiv verschlechtert. Sie leide insbesondere an einer schweren Depression. Allein schon diese schwere Depression führe zu einer vollständigen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit, weshalb der Rentenanspruch gegeben sei. Die Leidensgeschichte der Beschwerdeführerin sei gut dokumentiert. Die unzähligen, in der Beschwerde unter Ziff. 9 aufgeführten Arztberichte stammten von unterschiedlichen Fachärzten und zeigten allesamt klar und deutlich auf, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in einem desolaten Zustand befinde. Nun solle sich ihr Gesundheitszustand seit dem ersten polydisziplinären Gutachten vom 1. Oktober 2003 in Bezug auf die ihr attestierte Arbeitsfähigkeit nicht verschlechtern haben. Das neue polydisziplinäre Gutachten der E.____ halte in der Konsensbeurteilung fest, dass die Beschwerdeführerin wohl nach wie vor zu 80 % arbeitsfähig sei. Diese Beurteilung sei nicht sachgerecht und basiere auf einer übermässig strengen Einschätzung. Die Gutachter berücksichtigten die massgeblichen Kriterien nur einseitig oder liessen Punkte, welche bei einer Gesamtwürdigung ebenfalls ins Gewicht fallen könnten, vollständig weg. Das Gutachten sei nicht verwertbar. Das Gericht habe ■ bei Verneinung des Rentenanspruchs gestützt auf die aktuelle Aktenlage ■ ein neues Gerichtsgutachten zu veranlassen. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Diagnose einer depressiven Störung aberkannt werde. Gemäss fünf unterschiedlichen Fachärzten und einem Gutachter liege bei der Beschwerdeführerin wohl offensichtlich eine depressive Störung mit wohl gegenwärtig schwerer depressiver Episode vor. Es erscheine absurd oder geradezu willkürlich, dass der psychiatrische Teilgutachter in seinem Gutachten vom 17. Februar 2023 bei der Beschwerdeführerin keine depressive Störung anerkannt habe. Der psychiatrische Teilgutachter zeige keine konkreten Aktivitäten der Beschwerdeführerin auf, welche seine offensichtlich unhaltbare These bestätigen würden. Es stelle sich die Frage, woraus der Gutachter auf ein aggravierendes Verhalten der Beschwerdeführerin schliesse. Der Gutachter stelle auch in aktenwidriger Weise fest, es bestünden keine Anhaltspunkte für ein vermindertes kognitives Leistungsvermögen. Die schwere depressive Störung müsse zwingend in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit miteinbezogen werden. Von einer Genesung könne keine Rede sein. Auch das rheumatologische E.____-Teilgutachten vom 21. Dezember 2022 sei in Bezug auf die Beurteilung der angestammten bzw. leidensangepassten Tätigkeit nicht nachvollziehbar. Die Beurteilung, wonach der Beschwerdeführerin eine Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit von 100 % zumutbar sei, könne nicht nachvollzogen werden. Aus rheumatologischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 %. Auch das neuropsychologische E.____-Teilgutachten vom 7. Februar 2023 lasse Zweifel an der gutachterlichen Kompetenz aufkommen in Bezug auf die Schlussfolgerung aufgrund der durchgeführten Tests. Diese zeigten auf, dass die Beschwerdeführerin wohl im unterdurchschnittlichen bis weit unterdurchschnittlichen Bereich liege. Die Schlussfolgerung einer leichtgradigen

Leistungsminderung in der angestammten Tätigkeit von 20 % spiegle die Testresultate nicht adäquat wieder. Insgesamt sei aus neurologischer, neuropsychologischer, psychiatrischer und rheumatologischer Sicht von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung könne nicht nachvollzogen werden. Den Gutachtern, welche die Konsensbeurteilung unterschrieben hätten, sei ein aktenwidriges Verhalten in Bezug auf deren Aggravationsfeststellung bei der Beschwerdeführerin vorzuwerfen. Es sei ein haltloser Kompromiss zugunsten des psychiatrischen Gutachters und dessen Einschätzung gemacht worden. Die Beschwerdeführerin könne aufgrund ihrer erheblichen körperlichen Beschwerden und der ausgeprägten, schweren depressiven Störung keiner Arbeitstätigkeit mehr nachgehen (A.S. 5 ff.).

7.3 Zunächst ist festzuhalten, dass das von der Beschwerdegegnerin veranlasste polydisziplinäre G.___-Gutachten vom 18. Februar 2023 für die streitigen Belange auf allseitigen Untersuchungen der Beschwerdeführerin vom 14., 16. und 21. Dezember 2022 sowie 17. Januar 2023 beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurde. Die aus sämtlichen Teilgutachten hervorgehenden Abklärungsergebnisse wurden im Rahmen einer gutachterlichen Konsensbeurteilung (interdisziplinäre Gesamtbeurteilung) zusammengefasst und gemeinsam beurteilt, wobei die Konsensbeurteilung sowie die Teilgutachten von sämtlichen Gutachtern im Nachgang zur Konsensbesprechung mit einer elektronischen Signatur unterzeichnet wurden. Die Expertise kann sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Die einzelnen Teilgutachter geben jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben der Beschwerdeführerin und die erhobenen Befunde wieder. Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit hergeleitet, wobei zu abweichenden Einschätzungen in den medizinischen Vorakten Stellung genommen wird. Schliesslich werden die gestellten Fragen beantwortet. Inhaltlich gelangen die einzelnen Teilgutachten und die Konsensbeurteilung zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Das E.___-Gutachten bezieht sich ausreichend auf das Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts. Es wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232 und 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. E. II. 4. hiervor). Im Folgenden ist zu prüfen, ob konkrete Indizien vorhanden sind, die gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen.

7.4 Der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) des E.___-Gutachtens kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin gegenüber den fachspezifischen Teilgutachtern Kopf- und Ganzkörperschmerzen, gelegentliches Brennen beim Wasserlösen und psychische Probleme beklagte (IV-Nr. 90.1 S. 13). Die Gutachter stellten aufgrund ihrer erhobenen Befunde die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eines «chronischen Zerviko-Lumbal-Syndroms (ICD-10 M54.80)», eines «komplexen, chronischen Kopfschmerzsyndroms, wahrscheinlich im Sinne eines Mischkopfschmerzes mit/bei episodenhafter Migräne ohne Aura (ICD-10 G43.0), Spannungstypkopfschmerzen (ICD-10 G44.2), arzneimittelinduziertem Kopfschmerz (ICD-10 G44.4)», eines «Fibromyalgiesyndroms (ICD-10 M79.70)» und einer «leichtgradigen neuropsychologischen Störung (ICD-10 F06.7)» und kamen zum Schluss, aus interdisziplinärer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Fabrikmitarbeiterin von 50 % und eine solche in einer Verweistätigkeit von 20 %. Dabei gelte das seitens der rheumatologischen, neurologischen und neuropsychologischen

Teilgutachten geäusserte Fähigkeitsprofil. Die weiteren festgestellten Leiden (Hyperlipidämie; Stressinkontinenz; Nikotinabusus; Enthesiopathie M. supraspinatus beidseits; Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen) wurden als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit qualifiziert und entsprechend aufgelistet. Die in der Konsensbeurteilung angegebenen Diagnosen sowie die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit aus interdisziplinärer Sicht stehen in Übereinstimmung mit den in den Teilgutachten gestellten Diagnosen und attestierten Arbeitsunfähigkeiten. In adaptierten Verweistätigkeiten wurden ausschliesslich in den Fachbereichen «Neurologie» und «Neuropsychologie» Arbeitsunfähigkeiten von je 20 % ermittelt, wobei diese Arbeitsunfähigkeiten nach den gutachterlichen Angaben nicht zu addieren sind. Diese Leistungseinschränkung wird mit den chronischen Cephalgien (Kopfschmerzen) und einer leichtgradigen neuropsychologischen Störung begründet (vgl. IV-Nr. 90.4 S. 31 und 90.5 S. 19). Demnach ist aus interdisziplinärer Sicht von einer Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit von 80 % auszugehen (vgl. IV-Nr. 90.1 S. 18 f.).

Der Umstand, dass die im neurologischen Teilgutachten festgestellten komplexen, panvertebralen Schmerzen (ICD-10: M54.90) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit angegeben wurden (IV-Nr. 90.4 S. 25), bei der Diagnosestellung im Rahmen der Konsensbeurteilung jedoch keine Erwähnung finden (vgl. IV-Nr. 90.1 S. 18 f.), vermag die Zuverlässigkeit des E. ___-Gutachtens nicht in Frage zu stellen. So wurde im neurologischen Teilgutachten zum panvertebralen Schmerzsyndrom erklärt, dieses habe bezüglich der zervikalen Komponente bei der Begutachtung im Jahr 2003 zu einer gewissen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt, sei aus neurologischer Sicht aber nur begrenzt erklärbar. In der aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung finde sich keine klare radikulär abgrenzbare Problematik, insbesondere keine Reflexdifferenz, fokale Parese oder einem Dermatom zuzuordnende Sensibilitätsstörung. Bildgebend zeige auch ein MRI aus dem Jahr 2019 anamnestisch keinen harten radikulären oder neurologisch verwertbaren Befund. Bezüglich der LWS werde eine mögliche foraminale Einengung L5/S1 beidseits postuliert. Diese Konstellation möge zwar gewisse Schmerzen auslösen, eine klare radikuläre Komponente finde sich jedoch nicht (vgl. IV-Nr. 90.4 S. 26 f.). Vor diesem Hintergrund vermag die Nichterwähnung des panvertebralen Schmerzsyndroms bei der Auflistung der Diagnosen im Rahmen der Gesamtbeurteilung das E. ___-Gutachten nicht in Frage zu stellen. Liegt kein eindeutiger radikulärer oder neurologisch verwertbarer Befund vor, kann nicht davon ausgegangen werden, dass deswegen die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit anders ausgefallen wäre. Dementsprechend wurde bei der Beantwortung der gestellten Fragen im Rahmen der Konsensbeurteilung bezüglich des panvertebralen Schmerzsyndroms erwähnt, es bestehe diesbezüglich wie im Jahr 2003 insgesamt eher eine leichtgradige Einschränkung (IV-Nr. 90.1 S. 20). Sowohl im neurologischen Teilgutachten als auch in der Gesamtbeurteilung wurde aus neurologischer Sicht die Arbeitsunfähigkeit übereinstimmend mit 40 % in der bisherigen Tätigkeit und 20 % in einer Verweistätigkeit berücksichtigt (IV-Nr. 90.4 S. 30 f. und 90.1 S. 18; vgl. E. II. 6.1 und

E. 10

10.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG).

10.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG 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. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin	Der Gerichtsschreiber
Weber-Probst	Schmidhauser

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