

SO_GERICHTE VSBES.2024.235 vom 22. Mai 2026

SO Obergericht, 2026-05-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2024.235

FR: SO_GERICHTE VSBES.2024.235 du 22 mai 2026

IT: SO_GERICHTE VSBES.2024.235 del 22 maggio 2026

Erwägungen

E. 1

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

1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (hier: 6. August 2024) eingetreten ist (Ueli Kieser / Matthias Kradolfer / Miriam Lendfers [Hrsg.], Kommentar ATSG, 5. Auflage, 2024, Art. 61 ATSG N 90).

2. Im vorliegenden Fall steht eine Rentenberechtigung ab 2019 zur Diskussion (vgl. A.S. 1 ff. und E. I. 1.2 hievor). In der Zwischenzeit sind am 1. Januar 2022 verschiedene Änderungen im Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie in der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in Kraft getreten, welche u.a. die Bemessung des Invaliditätsgrades neu regeln. Die entsprechenden Übergangsbestimmungen betreffen indes nur die Anpassung laufender altrechtlicher Renten und sind damit hier nicht anwendbar. Fehlen besondere übergangsrechtliche Regelungen, so sind diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220). Demnach bleiben die Bestimmungen des IVG und der IVV in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung weiterhin massgebend, wenn ■ wie hier der Fall ■ die Verfügung über die erstmalige Rentenzusprache nach dem 1. Januar 2022 erfolgt, aber einen Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022 begründet (Rz. 9101 Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR] in Kraft seit 1. Januar 2022).

E. 3

3.1 Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG).

3.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE

132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 261 E. 4).

3.3 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Demnach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf: Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

3.4 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Das Sozialversicherungsgericht hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es 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 Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (BGE 122 V 157 E. 1c S. 160 ff. mit Hinweisen). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

5.1 In diesem Zusammenhang ist vorab Folgendes festzuhalten: Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) informierte in einer Medienmitteilung vom 4. Oktober 2023 darüber, dass die Invalidenversicherung (IV) keine medizinischen Gutachten mehr an die I.____ vergebe. Damit komme die IV der Empfehlung der Eidgenössischen Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung nach. Diese habe in ärztlichen Gutachten der I.____ formale und inhaltliche Mängel festgestellt. Das BSV habe die IV-Stellen angewiesen, bereits vorliegende Gutachten der I.____ einer erneuten Qualitätskontrolle zu unterziehen, wenn im konkreten Fall noch kein rechtskräftiger Leistungsentscheid vorliege. Vor diesem Hintergrund entschied das Bundesgericht sodann mit Urteil 8C_122/2023 vom 26. Februar 2024 (E. 2.3), dass in der Übergangssituation, in der bereits eingeholte Gutachten der I.____ zu würdigen sind, an die Beweiswürdigung strengere Anforderungen zu stellen sind und die beweisrechtliche Situation der versicherten

Person mit derjenigen bei versicherungsinternen medizinischen Entscheidungsgrundlagen zu vergleichen ist. Demnach genügen in solchen Fällen bereits relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, um eine neue Begutachtung anzuordnen beziehungsweise ein Gerichtsgutachten einzuholen. Im Lichte dieser Ausführungen spricht allein der Umstand, dass das Gutachten von der I. ___ erstellt wurde, nicht per se gegen dessen Verwertbarkeit. Vielmehr ist im Nachfolgenden zu prüfen, ob das I. ___-Gutachten vom 8. Dezember 2022 den strengeren Beweiskriterien genügt.

5.2 Im polydisziplinären Gutachten (internistisch, rheumatologisch, neurologisch und psychiatrisch) der Gutachterstelle I. ___ vom 8. Dezember 2022 (IV-Nrn. 86.1 - 86.3) wurden die folgenden relevanten Diagnosen ausgewiesen (IV-Nr. 86.2 S. 14):

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (als ungelernete Metzgerin) könne die Beschwerdeführerin neun Stunden arbeitstäglich anwesend sein. Es bestehe während dieser Zeit keine Einschränkung der Leistung. Die Arbeitsfähigkeit betrage 100 %. In Bezug auf den zeitlichen Verlauf wurde ausgeführt, dass der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nach aktenkundigem CRPS-Verlauf nach CTS-Operation vom 10. März 2018 anhand des vorliegenden Aktenmaterials und der dokumentierten klinischen Befunde insoweit zugestimmt werden könne, dass eine passagere Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei. Die Diagnose eines CRPS sei eine klinische Diagnose und es werde vorwiegend auf die Symptome und die Untersuchungsergebnisse abgestellt. Retrospektiv liessen sich die Diagnose und der Verlauf eines CRPS nur schwer beurteilen. In der hiesigen Untersuchung seien die Kriterien für ein manifestes CRPS für die rechte obere Extremität nicht ausreichend erfüllt. Ein CRPS nach Umknicktrauma des linken Sprunggelenks vom 20. Februar 2022 lasse sich in der hiesigen Untersuchung nicht bestätigen. Anhand der hiesigen klinischen Befunde und unter Würdigung des Aktenmaterials lasse sich keine weitere Arbeitsunfähigkeit attestieren. Eine invalidisierende Gesundheitsstörung mit einer dauerhaften Minderung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit lasse sich also auch retrospektiv nicht schlüssig begründen. Dies gelte rückblickend unbegrenzt (IV-Nr. 86.2 S. 15 f.). Eine Anpassung an eine der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit sei nicht erforderlich. Gesundheitsstörungen, die eine dauerhafte Einschränkung in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ungelernete Metzgereimitarbeiterin oder in jedweder vergleichbaren Tätigkeit bedingten, seien hier nicht anhand objektiver Befunde zu erheben gewesen. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen nicht relevant verbessert werden (IV-Nr. 86.2 S. 17).

5.3 Nachfolgend ist der Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens der Gutachterstelle I. ___ vom 8. Dezember 2022 von Dr. med. L. ___, Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. M. ___, Neurologie FMH, Dr. med. N. ___, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Sozialmedizin, Sportmedizin, und Dr. med. O. ___, Psychiatrie und Psychotherapie (IV-Nrn. 86.1 - 86.3), zu prüfen:

Das Gutachten stammt von unabhängigen Fachärzten der einschlägigen medizinischen Fachdisziplinen der Allgemeinen Inneren Medizin, Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie, welche fachlich dazu qualifiziert sind, die gesundheitliche Situation und die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu beurteilen. Die Experten haben die Beschwerdeführerin sodann u.a. zu ihren subjektiven Beschwerden und Lebensumständen befragt (IV-Nrn. 86.2 S. 35 ff., 73 ff., 112 ff.), wobei die Angaben zur Anamnese jeweils mittels Originalfragebogen («Fragebogen» und «Anamnese-Fragebogen») dokumentiert worden sind. Beim «Fragebogen» handelt es sich um ein handschriftlich durch die

Beschwerdeführerin am 17. August 2022 ausgefülltes Formular, welches in jedem Teilgutachten enthalten ist. Dies gilt im Übrigen auch für die von der Beschwerdeführerin verfassten Dokumente «tägliches Ablauf Frau A.____» und «Medikamentenliste Frau A.____». Im Rahmen der internistischen, neurologischen und rheumatologischen Teilbegutachtung wurde zudem von der jeweiligen Gutachterperson am 22. September, 25. August und 3. September 2022 handschriftlich je ein «Anamnese-Fragebogen» ausgefüllt. Im Weiteren wurden die Befunde erhoben (IV-Nr. 86.2 S. 60 f., 97 ff., 138 ff., 180 ff.), die wesentlichen Akten sowie relevanten Auszüge aus diesen unter dem Titel «Aktenzusammenfassung» zur Kenntnis genommen (IV-Nr. 86.2 S. 21 ff.) und eine Zusatzdiagnostik im Sinn von Laboruntersuchungen, MRI-Abklärungen, neurophysiologischen Untersuchungen, sowie eines Rey-Memory-Tests veranlasst (IV-Nr. 86.2 S. 62, 101, 142 f., 183). Auf dieser Grundlage befassten sich die Gutachterpersonen mit dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (IV-Nrn. 86.2 S. 62 ff., 101 ff., 144 ff., 184 ff.) und gelangten sodann im Rahmen der «interdisziplinären Gesamtbeurteilung» (IV-Nr. 86.2 S. 1 ff.) zu einer gesamthaften Beurteilung, welche vor dem Hintergrund der beschriebenen Befunde nachvollziehbar ist.

5.4 Nachfolgend ist auf die einzelnen Teilgutachten und deren Beweiswert einzugehen und zu prüfen, ob die vorliegenden medizinischen Akten diesen allenfalls zu schmälern vermögen:

5.4.1 Eingehend auf das internistische Teilgutachten von Dr. med. L.____ vom 8. Dezember 2022 (IV-Nr. 86.2 S. 32 ff.) ergibt sich Folgendes:

5.4.1.1 Der internistische Gutachter hielt fest, unter Berücksichtigung der mittels Tonaufzeichnung und in den Fragebogen dokumentierten, detailliert erhobenen Angaben, würden vorrangig die folgenden Beschwerden berichtet: Chronische Schmerzen (Kopf, rechte Hand, linker Fuss), Depressionen und Konzentrationsstörungen (IV-Nr. 86 S. 60). Diese Ausführungen sind gestützt auf die spontanen Angaben der Beschwerdeführerin im Rahmen der gutachterlichen Exploration nachvollziehbar (S. 35). So habe die Beschwerdeführerin vorrangig von chronischen Kopfschmerzen sowie brennenden Schmerzen in der rechten Hand und im linken Fuss berichtet (S. 62). Entsprechende Angaben finden sich auch im «Anamnese-Fragebogen» (S. 49). So leide die Beschwerdeführerin unter Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen, Depression, Schwellung der rechten Hand mit brennendem Gefühl, Schmerzen und Brennen im linken Fuss mit Schwellung und Verfärbung; Epilepsie ohne Anfälle; Schuppenflechte; versteifter Daumen links. Gestützt auf die durchgeführten gutachterlichen Untersuchungen hielt Dr. med. L.____ weiter fest, die hiesigen Befunde zeigten eine übergewichtige Beschwerdeführerin mit einer Schiene am rechten Handgelenk sowie einem getapten linken Sprunggelenk. Es werde ein Druckschmerz an beiden Gelenken angegeben, eine Schwellung oder Verfärbung bestehe jeweils nicht. An der rechten Handinnenfläche zeige sich eine Operationsnarbe. Angabe einer Hypästhesie der gesamten rechten Hand, des rechten Unterarms innenseitig, sowie am gesamten linken Daumen. Leichtgradige Umfangsminderung des Endglieds des linken Daumens im Seitenvergleich. Diese gutachterlichen Feststellungen entsprechen den Untersuchungsbefunden und vermögen daher zu überzeugen (S. 61 f.): So wurde u.a. ein BMI von 29.4 kg/m² erhoben und bezüglich der Extremitäten Folgendes festgehalten: Die Gelenke seien ohne Schwellung, Rötung oder Verfärbung. Es bestehe ein Druckschmerz des rechten Hand- und linken

Sprunggelenks (beide Gelenke jeweils nicht geschwollen oder verfärbt), eine Handgelenksschiene rechts, eine leichtgradige Umfangsminderung des Endglieds des linken Daumens im Seitenvergleich, sowie ein getaptes linkes Sprunggelenk. Das internistische Teilgutachten ist somit beweiswertig.

5.4.1.2 Wie nachfolgend aufzuzeigen ist, vermögen die zeitlich vor dem internistischen Teilgutachten verfassten medizinischen Berichte des Hausarztes von Dr. med. P.____ die gutachterlichen Ausführungen und Einschätzungen von Dr. med. L.____ nicht zu schmälern.

So wies der die Beschwerdeführerin seit dem 7. Oktober 2002 behandelnde Dr. med. P.____, Allgemeine Innere Medizin, im zuletzt am 22. September 2021 (IV-Nr. 69) verfassten Arztbericht als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine «CRPS rechte Hand» aus. Da es sich hierbei nicht um eine internistische Diagnosestellung handelt, kommt der diesbezüglichen Einschätzung des auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinen Inneren Medizin spezialisierten Facharztes Dr. med. P.____ kaum Beweiswert zu. Ähnlich verhält es sich sodann auch in Bezug auf das Schreiben «Arztauskunft» vom 30. November 2020 (IV-Nr. 50 S. 2), in welchem Dr. med. P.____ einen verschlechterten Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Rahmen einer depressiven Entwicklung bestätigt.

5.4.2 In Bezug auf das neurologische Teilgutachten von Dr. med. M.____, Neurologie FMH, vom 8. Dezember 2022 (IV-Nr. 86.2 S. 70 ff.) ergibt sich Folgendes:

5.4.2.1 Der neurologische Gutachter hielt fest (S. 103), die angegebenen Schmerzen fänden keine hinreichend wahrscheinliche organisch-neurologische Begründung. Diese gutachterliche Einschätzung erweist sich aufgrund der durch die Beschwerdeführerin beklagten Beeinträchtigungen und der im Rahmen der Begutachtung erhobenen Untersuchungsergebnisse als nachvollziehbar. So habe die Beschwerdeführerin vorrangig über permanent starke Schmerzen im Bereich der rechten Hand und des linken Fusses sowie über Migräne und eine Epilepsie seit Kindheit berichtet, wobei sich der letzte Anfall mit 17 Jahren ereignet habe (S. 97). Im Rahmen der gutachterlichen Exploration hätten sich keine nervalen Dehnungszeichen gezeigt, weder zervikal noch lumbal. Die Hirnnerven stellten sich regelrecht dar. Sichere manifeste oder latente Paresen hätten sich nicht gefunden. Die Muskeleigenreflexe liessen sich seitengleich auf mittellebhaftem Niveau normal auslösen und zeigten die Intaktheit der Reflexbögen an. Hinweise auf eine zentralmotorische Schädigung hätten sich nicht ergeben. Bei der Überprüfung der Sensibilität sei im Versorgungsgebiet N1 links (Radialseite des Daumens) eine vollständige Unempfindlichkeit angegeben worden, im Bereich der rechten Hand und des rechten Unterarmes ab etwa der Mitte Angabe einer Hyperästhesie und Hyperalgesie ohne eindeutige statische und dynamische Berührungsalldynie. Bei Berührung in abgelenkter Prüfung habe jedoch keine Schmerzangabe festgestellt werden können. Angabe einer Normästhesie und Normalgesie im Bereich des linken Fusses, wobei sich auch hier keine eindeutige statische und dynamische Berührungsalldynie finde. In vegetativer Hinsicht hätten sich keine pathologischen Auffälligkeiten gefunden, insbesondere keine Hinweise auf das Vorliegen eines Morbus Sudeck im Bereich der rechten oberen Extremität und im Bereich der linken unteren Extremität. Die koordinativen Eigenschaften stellten sich regelrecht dar. Aus neurophysiologischer Sicht hätten sich zudem keine Hinweise auf eine fortdauernde Affektion des Nervus medianus am Handgelenk rechts ergeben. Ferner wurde die am 10. Oktober 2022 durchgeführte MRI des Neurokraniums nativ und nach KM triplanar (Epilepsieprotokoll, IV-Nr. 86.3 S. 9) wie folgt beurteilt: «1. Keine

Raumforderung und unauffällige Darstellung des Hirnparenchyms mit regelrechter Trophik der hippocampalen Formation sowie der kortikalen Strukturen. 2. Keine suggestiven Alterationen Hinsicht einer temporomesialen Sklerose und keine Hinweise auf einen anderweitigen epileptogenen Fokus.» Folglich präsentierte sich die bildgebende Untersuchung vom Oktober 2022 als weitgehend unauffällig. Unter diesen Umständen vermag auch die gutachterliche Schlussfolgerung einzuleuchten, wonach aufgrund der Aktdaten, Anamnese, Befunde und hiesigen Zusatzuntersuchungen im Fachgebiet Neurologie aktenkundig die Diagnose einer Epilepsie bestätigt werden könne, wobei sich der letzte Anfall vor circa 30 Jahren ereignet habe (S. 102).

Das neurologische Teilgutachten wird damit den Anforderungen an eine beweiswertige medizinische Stellungnahme gerecht.

5.4.2.2 Betreffend die medizinischen Vorakten ist zunächst auf die Berichte des behandelnden Neurologen Dr. med. Q.____, Spezialarzt FMH für Neurologie, einzugehen. Er hielt im Bericht vom 23. Februar 2018 (IV-Nrn. 5 S. 9) folgende Diagnosen fest: «Absencenepilepsie mit generalisierten tonisch-klonischen Anfällen (letzter Anfall 1992, positive Familienanamnese für Epilepsie); Schweres Karpaltunnel-Syndrom rechts; Leichtes bis mässiges Karpaltunnel-Syndrom links». Unter antiepileptischer Abschirmung mit Depakine / Petinimid bestehe weiterhin Anfallsfreiheit. Elektroenzephalographisch keine Krampfbereitschaft. Anamnestisch, klinisch sowie elektrophysiologisch bestehe ein schweres Karpaltunnel-Syndrom rechts und ein leichtes bis mässiges Karpaltunnel-Syndrom links. Keine Anhaltspunkte für eine Radikulopathie bzw. Polyneuropathie. In seiner Stellungnahme vom 20. November 2020 hielt Dr. med. Q.____ (IV-Nr. 49 S. 3) ferner fest, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich aus neurologischer Sicht betreffend das Epilepsieleiden nicht verschlechtert. Somit wird die im neurologischen Teilgutachten der Gutachterstelle I.____ diagnostizierte «generalisierte Epilepsie, anamnestisch seit 17 Jahren» durch die zeitlich zuvor verfassten Berichte des behandelnden Neurologen bestätigt. Der neurologische Gutachter Dr. med. M.____ ging sodann auf die weitere von Dr. med. Q.____ gestellten Diagnosen eines «Karpaltunnel-Syndroms an der rechten Hand und am linken Fuss» ein, die in der ENG-Untersuchung vom 19. Februar 2018 hätten objektiviert werden können. Dabei hielt der Gutachter fest, es finde sich für ein anhaltendes CRPS kein ausreichend objektiver Anhalt (IV-Nr. 86.2 S. 102). Diese Einschätzung ist gestützt auf die erhobenen Untersuchungsbefunde plausibel. So wurde im Rahmen der neurophysiologischen Untersuchung vom 25. August 2022 festgehalten, es hätten sich bereits bei niedriger Reizintensität keine Hinweise auf das Vorliegen einer persistierenden Affektion des Nervus medianus am Handgelenk ergeben (IV-Nr. 86.2 S. 101). Zudem ■ so der neurologische Gutachter ■ hätten sich in vegetativer Hinsicht keine pathologischen Auffälligkeiten gefunden, insbesondere keine Hinweise auf das Vorliegen eines Morbus Sudeck im Bereich der rechten oberen Extremität und im Bereich der linken unteren Extremität. Folglich hat sich der neurologische Gutachter mit der in den medizinischen Vorakten ausgewiesenen Diagnose eines CRPS eingehend befasst und diese im Zeitpunkt der Begutachtung in nachvollziehbarer Weise ausschliessen können.

Einzugehen ist ferner auf den Austrittsbericht des Spitals K.____, Departement Innere Medizin, Klinik für Neurologie, vom 20. November 2020 (IV-Nr. 50 S. 3 ff.). Diesem ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin vom 18. bis 19. November 2020 aufgrund einer «erstmaligen, protrahierten Migräne-Attacke mit sensibler Aura ab dem 17. November

2020» hospitalisiert war. Aus dem Austrittsbericht der Klinik R.____, Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, vom 12. Mai 2021 geht ferner hervor, dass die Beschwerdeführerin einmal im Monat unter einer Migräneattacke mit sehr starker Aura leide (IV-Nr. 58 S. 3). Im Bericht «Erstkonsultation» vom 28. Juni 2022 des Spitals K.____, Anästhesieabteilung / Interdisziplinäre Intensivstation, ist sodann eine Frequenz von zwei- bis dreimal monatlich dokumentiert (IV-Nr. 82 S. 2). Unter diesen Umständen vermag die im neurologischen Teilgutachten der Gutachterstelle I.____ diagnostizierte «Migräne mit geringer bis moderater Attackenfrequenz (Herleitung: Anamnese, Aktdaten, neurologischer Befund, MRI)» zu überzeugen (IV-Nr. 86.2 S. 103). In diesem Zusammenhang vermag auch die weitere gutachterliche Einschätzung einzuleuchten, dass sich wegen der Migräne und der aktenkundigen Epilepsie eine regelmässige ambulante fachärztlich-neurologische Verlaufsuntersuchung empfehle (S. 103). Somit vermögen die medizinischen Vorakten betreffend die Migräne den Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens nicht zu verringern.

Insgesamt schmälern die medizinischen Vorakten den Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens nicht.

5.4.3 In Bezug auf das rheumatologische Teilgutachten der Gutachterstelle I.____ vom 8. Dezember 2022 ergibt sich Folgendes (IV-Nr. 86.2 S. 109 ff.).

5.4.3.1 Der rheumatologische Gutachter Dr. med. N.____, Physikalische Medizin und Rehabilitation, hielt u.a. fest, es hätten in Bezug auf den anamnestischen und aktenkundigen CRPS-Verlauf der rechten Hand in der hiesigen Untersuchung klinisch keine Anzeichen eines floriden CRPS bestanden. Diese gutachterliche Einschätzung erscheint schlüssig, da der Gutachter in diesem Zusammenhang u.a. darauf hinwies, dass die Budapest-Kriterien nicht ausreichend erfüllt seien. Zwar gebe die Beschwerdeführerin eine ständige Schwellung über dem rechten Handgelenk und den Fingern an. Klinisch habe indes keine signifikante Umfangsvermehrung der rechten Hand oder der Finger im Seitenvergleich bei Rechtshändigkeit festgestellt werden können. Diese gutachterliche Einschätzung ist aufgrund der entsprechenden Feststellung nachvollziehbar, wonach über dem rechten Handgelenk «lediglich allenfalls eine diskrete lymphatische Schwellung» habe eruiert werden können (IV-Nr. 86.2 S. 139). Weiter führte Dr. med. N.____ aus, der aktive Faustschluss rechts von D2 bis D5 sei inkomplett dargeboten worden (D2 3 cm, D3 3,5 cm, D4 4 cm, und D5 4,5 cm). Demgegenüber sei der passive Faustschluss komplett, ohne wesentlich spürbaren Widerstand unter geringen Schmerzangaben, ausführbar gewesen. Der Faustschluss links sei unauffällig und vollständig möglich gewesen. Eine weitere Diskrepanz sei gemäss Dr. med. N.____ bei der Prüfung der groben Kraft aufgetreten. So sei diese bei der im gekreuzten Handgriff erfolgten Prüfung rechts deutlich schwächer als links dargeboten worden. Mittels Dynamometer habe eine Handkraft rechts / links von 0 / 22 kg in der Griffstufe 2 und in der Griffstufe 4 von 0 / 18 kg gemessen werden können (IV-Nr. 86.2 S. 140). Eine willentliche Kraftanstrengung sei gemäss Dr. med. N.____ hierbei jedoch rechtsseitig nicht zu verzeichnen gewesen. So habe die Beschwerdeführerin angegeben, den Dynamometer kaum halten zu können. Bei Überprüfung der Opposition Daumen-Langfinger habe die Beschwerdeführerin sodann angegeben, dass sie aufgrund der zuvor sehr belastenden Untersuchungen der rechten Hand, rechtsseitig keine Bewegungen mehr ausführen könne. Im Anschluss daran habe sie jedoch ■ so der Gutachter ■ problemlos ein Abspreizen der Finger zur Messung der Handspanne ausführen können (S. 145). Die angegebene Minderbeweglichkeit zur Überprüfung der Opposition

Daumen-Langfinger rechts sei gemäss gutachterlicher Einschätzung nicht plausibel und willentlich akzentuiert. In diesem Zusammenhang vermag die vom rheumatologischen Gutachter festgehaltene «Diskrepanz zwischen der aktiven und passiven Handgelenksbeweglichkeit rechts bei freien und seitengleichen Umwendbewegungen beidseits» (S. 147) einzuleuchten. So sei die maximale Abschwächung der Handkraft rechts nicht plausibel. Eine willentliche Kraftanstrengung sei nicht zu verzeichnen gewesen und eine Muskelminderung als Hinweis auf eine schmerzbedingte Minderinnervation der rechten oberen Extremität habe nicht bestanden (S. 147). Diesbezüglich ging der Gutachter sodann in schlüssiger Weise auf den Status nach offener Defektfraktur D1 links ein, der sich in der hiesigen Untersuchung bei Handkraftwerten von 22 kg in der Griffstufe 2 und 18 kg in der Griffstufe 4 als nicht limitierend auswirke (S. 147).

Dem rheumatologischen Teilgutachten kommt somit grundsätzlich Beweiswert zu.

5.4.3.2 In Bezug auf die medizinischen Vorakten ist insbesondere auf das rheumatologische Teilgutachten der Gutachterstelle F.____ von med. pract. D.____, Fachärztin für physikalische und rehabilitative Medizin, und PD Dr. med. E.____, MSc Facharzt Rheumatologie und Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, vom 20. März 2020 (IV-Nr. 29.1) einzugehen. Darin wurde u.a. festgehalten, es hätten sich noch Zeichen eines teilremittierten CRPS der rechten Hand mit funktionellen Beeinträchtigungen mit nicht vollständig möglichem Faustschluss und Beeinträchtigung der Fingerstreckung gezeigt. Zusätzliche Testungen der Handkoordination, der globalen Handkraft, des Pinzettengriffs, Temperaturmessungen, wie auch der vereinfachten Sensibilitätsprüfung unter EFL-Kriterien, hätten Einschränkungen in der Kraft, Feinmotorik und weiterhin vegetative Auffälligkeiten ergeben. Diesbezüglich hielt der rheumatologische Gutachter Dr. med. N.____ fest, die genannten Einschränkungen im Gutachten vom 20. März 2020 könnten in der heutigen Untersuchung nicht bestätigt werden (IV-Nr. 86.2 S. 148). So sei die maximale Abschwächung der Handkraft rechts in der Griffstufe 2 und 4 mit 0 kg nicht plausibel. Zeichen einer seitendifferenten muskulären Inaktivitätsatrophie fehlten. Die Fingerbeweglichkeit mit aktiv inkomplettem Faustschluss habe willentlich akzentuiert gewirkt. Der passive Faustschluss sei ohne Widerstand und ohne Schmerzangaben möglich gewesen. Eine übermässige Berührungsempfindlichkeit im Sinne einer Allodynie habe nicht bestanden. Seitens des Untersuchers sei bei der Funktionsuntersuchung der oberen Extremität, der Hand- und der kleinen Fingergelenke mehrfach und intermittierend Druck auf das umgebende Gewebe der rechten Hand ausgelöst worden, ohne dass seitens der Beschwerdeführerin eine wesentliche Schmerzreaktion erfolgt sei. Lediglich bei Überprüfung des Radiusperiost-Reflexes habe die Beschwerdeführerin eine verstärkt einschliessende Schmerzsymptomatik im Verlauf des radialen Unterarmes angegeben. Diesbezüglich hielt der rheumatologische Gutachter in überzeugender Weise fest, ein vermehrtes Haarwachstum habe klinisch nicht verifiziert werden können, da die Beschwerdeführerin angegeben habe, die Haare sowohl am Unterarm als auch an den Beinen entfernt zu haben. Bei aktenkundiger und auch anamnestischer Allodynie seitens der Beschwerdeführerin in der hiesigen Untersuchung sei ■ so der Gutachter ■ die Rasur bzw. das Entfernen von Körperhaaren im schmerzhaft betroffenen Areal nicht plausibel und werde oft von den Betroffenen auch schmerzbedingt nicht toleriert. Ebenso spreche das Tragen einer Handgelenksbandage nicht für eine namhafte Allodynie. Diese Ausführungen sind überzeugend und erklären die Differenzen zum Gutachten der F.____.

Somit vermag das rheumatologische Teilgutachten vom 20. März 2020 den Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens von Dr. med. N.____ nicht zu schmälern.

Im Sprechstundenbericht der Klinik S.____ vom 10. Januar 2019 (IV-Nr. 17 S. 8 ff.) wurde u.a. ein «CRPS Hand rechts (Erstmanifestation April 2018), in partieller Remission, Status nach Dekompression Nervus medianus rechts am 13. April 2018» ausgewiesen. Aktuell bestünden u.a. nach wie vor Dauerschmerzen in der rechten Hand. Aktuelle Schmerzintensität 8 / 10. Die Schmerzen würden als elektrisch einschliessend und drückend beschrieben. Regelmässige Nachtschmerzen. Es wurde ferner festgehalten, dass anlässlich der heutigen Konsultation die Budapest-Kriterien noch partiell erfüllt seien, so dass definitionsgemäss ein CRPS in partieller Remission vorliege. Dem weiteren Sprechstundenbericht vom 26. Juni 2019 (IV-Nr. 17 S. 1 ff.) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin zwischenzeitlich vom 5. bis 23. März 2019 zur multimodalen Schmerztherapie stationär hospitalisiert gewesen sei. Sie habe vom stationären Aufenthalt insgesamt profitiert. Nach wie vor bestünden jedoch Schmerzen mit einer Intensität von 6 / 10. Keine Druck- bzw. Berührungsempfindlichkeit, die Oedemneigung habe sich stabilisiert, persistierende Hyperhidrose, keine Verfärbungen, keine Temperaturasymmetrie, keine trophischen Störungen, nach wie vor Schwäche und neu Tremor sowie eingeschränkte Beweglichkeit. Im weiteren Sprechstundenbericht vom 23. Oktober 2019 (IV-Nr. 25) ist sodann von einer seit Juni 2019 erfolgten Beschwerdezunahme die Rede. Im Vordergrund stünden invalidisierende Schmerzen mit teilweise reissenden Sensationen, ausgeprägtem Fremdkörpergefühl und Funktionsverlust gegenüber der betroffenen Hand. Aktuell trage die Beschwerdeführerin zum Schutz wieder die Schiene. Aktuelle Schmerzintensität 9 / 10, lokale Druck- und Berührungsempfindlichkeit. Keine nennenswerte Schwellungsneigung, keine Verfärbungen, erneute Hyperhidrose, Kältegefühl, symmetrische Nagel- und Haartrophik, erneut aufgetretenes Zittern und persistierende Bewegungseinschränkung. Ein unveränderter Verlauf wird sodann im Sprechstundenbericht vom 19. Februar 2020 ausgewiesen (IV-Nr. 70 S. 14 ff.). Für die Beschwerdeführerin stünden v.a. die invalidisierenden Schmerzen und das ausgeprägte Kältegefühl im Vordergrund. Im weiteren Sprechstundenbericht vom 5. August 2020 (IV-Nr. 70 S. 11) wurden sodann folgende Befunde erhoben: Hand rechts in Schonhaltung, aktuell keine Schwellung, keine Verfärbung, keine Hyperhidrose, keine Hypertrichose, keine trophischen Störungen der Nägel. Temperaturdifferenz -1°C. In den Langfingern seien lediglich Wackelbewegungen möglich. Supinationseinschränkung 1/3, Flexion / Extension im Handgelenk lediglich mit Wackelbewegungen. Hypästhesie und Hypalgesie im Thenarbereich und den entsprechenden Langfingern, ausgeprägte Allodynie im Hypothenarbereich (brush, pinprick). Darauf eingehend hielt der rheumatologische Gutachter Dr. med. N.____ in überzeugender Weise Folgendes fest: In der hiesigen Untersuchung sei die spontane Mobilität der Beschwerdeführerin nicht namhaft schmerzlimitiert gewesen, es hätten keine Zeichen eines floriden CRPS bestanden, die Budapest-Kriterien seien nicht erfüllt gewesen und es hätten sich in der hiesigen Untersuchung vielfältige Hinweise für eine bewusstseinsnahe Beschwerdeüberzeichnung seitens der Beschwerdeführerin ergeben (IV-Nr. 86.2 S. 158). Es ist folglich davon auszugehen, dass das in den zeitlich vorangehend verfassten medizinischen Akten ausgewiesene CRPS an der rechten Hand der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Begutachtung durch die Gutachterstelle I.____ nicht mehr objektiviert werden konnte.

Folglich vermögen die Berichte der Klinik S.____ den Beweiswert des rheumatologischen Gutachtens nicht zu verringern.

5.4.4 Bezüglich des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. O.____, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 8. Dezember 2022 ergibt sich Folgendes:

5.4.4.1 Der psychiatrische Gutachter hielt fest, es fänden sich im hiesigen AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befund eine ängstlich-bedrückte und eingeschränkt schwingungsfähige Grundstimmung mit darüber hinaus Angabe von Zukunftsängsten, Ängsten in grossen Menschenmengen (ohne ausgewiesene Panikattacken), Schlafstörungen (leicht gebessert mit Trimipramin), Grübelneigung und früher auch Selbsttötungsgedanken vor dem Hintergrund der berichteten Schmerzen (IV-Nr. 86.2 S. 185). Diese Einschätzung überzeugt unter Einbezug des erhobenen psychiatrischen Befundes nach AMDP (S. 181 f.): So bestünden keine Einschränkungen zum Bewusstsein, zur Orientierung, zur Mnestik, zur Konzentration und Aufmerksamkeit im Gespräch, wobei sich bei den orientierenden Kurztests (Vor- und Rückwärtszählen der Monatsnamen) leichte Defizite zeigten. Im Weiteren sei das formale Denken unauffällig, es würden jedoch eine zeitweise Grübelneigung sowie Zukunftsängste angegeben und es bestünden mögliche Reinlichkeitszwänge (wiederholt Putzhandlungen). Das inhaltliche Denken und die Wahrnehmung seien ungestört und es gebe keine Ich-Störungen. Die Stimmung wirke indes bedrückt und angespannt bei reduzierter, aber nicht aufgehobener affektiver Schwingungsfähigkeit. Keine Hinweise für pathologische Schuldgefühle, Andeutung von Insuffizienzerleben. Der Antrieb wirke lebhaft (orientiert am Redefluss und dem beobachteten Verhalten). Es bestehe eine lebhaft Psychomotorik. Der psychiatrische Gutachter hielt sodann fest, die ICD-10-Kriterien einer depressiven Episode (vitale Traurigkeit, Antriebs- und Freudverlust) seien nicht zu objektivieren (S. 185). Diese Beurteilung überzeugt aufgrund der anschliessenden gutachterlichen Ausführungen, wonach die Beschwerdeführerin angegeben habe, im Zusammenhang mit ihrem Hund oder Mann Freude empfinden zu können und einem strukturierten Alltag nachzugehen. Sie könne sich selbst und den Haushalt versorgen, habe familiäre Kontakte, meide jedoch soziale Aktivitäten. Diese Einschätzungen stimmen mit den Angaben der Beschwerdeführerin im Rahmen der gutachterlichen Exploration überein. So habe sie angegeben, eine harmonische Ehe zu führen. Wegen den Schmerzen stehe sie häufig schon zwischen 5.00 und 6.00 Uhr auf, nehme ihr Frühstück und die Medikamente ein und beschäftige sich danach etwa eine Stunde mit ihrem Hund. Danach mache sie einige Haushaltsarbeiten (Betten, Geschirrspülmaschine ein- und ausräumen, Wohnung aufräumen, Einkäufe erledigen). Häufig werde sie bei den Einkäufen von ihrem Vater begleitet, weil sie sich in Supermärkten unwohl fühle. Danach kümmere sie sich bis etwa 12.00 Uhr um die Vorbereitung des Mittagessens; dies dauere wegen der starken Schmerzen in der rechten Hand länger. Sie habe sich diverse Küchengeräte und Hilfsmittel gekauft, damit sie ihre rechte Hand noch nutzen könne. Bis 13.00 Uhr esse sie mit ihrem Mann das Mittagessen, erledige dann mit ihm den Abwasch und meditiere noch etwa bis 15.00 Uhr (oder schlafe an etwa jedem zweiten Tag in dieser Zeit ein). Nachmittags gehe sie dann bis 16.00 Uhr mit dem Hund raus und mache danach bis 18.00 Uhr noch Tätigkeiten im Haushalt (vorwiegend Reinigungsarbeiten und Wäschepflege). Gegen 18.00 Uhr mache sie mit ihrem Mann ein kleines Nachtessen, danach den Abwasch und anschliessend noch einen halbstündigen Hundespaziergang. Sie beruhige sich vor dem Schlafengehen mit einer Meditation oder einem Hörbuch. Oftmals stehe sie gegen 23.00

Uhr auf und hole noch etwas frische Luft. Beim zweiten Erwachen gegen 2.00 Uhr gehe sie meist zur Toilette. Sie nutze weiterhin ihren Pkw (meist nur für Strecken bis 20 Minuten Dauer), schaue kaum fern, setze sich aber gelegentlich hinzu, wenn ihr Mann fernsehe. Sie habe keine sozialen Kontakte, weil andere Menschen sie mit ihren Schmerzen nicht verstünden. Ausserdem seien ihr die Nachfragen zu ihrer Gesundheit unangenehm und sie höre in Gruppen schlechter. Sie sei zuletzt vor etwa acht Jahren mit ihrem Mann in den Urlaub gefahren; Urlaub reize sie nicht mehr, ausserdem habe sie finanzielle Sorgen. Sie besuche nur gelegentlich ihre Schwägerin. Zur leiblichen Schwester habe sie keinen Kontakt mehr. Mit den Eltern habe sie freitags oder / und samstags ein gemeinsames Essen (S. 180). Aufgrund dieser subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin vermag die Beurteilung des Gutachters zu überzeugen, wonach sich insgesamt ein Nebeneinander von vergleichsweise leichten ängstlichen und depressiven Beschwerden finde, ohne dass eine der beiden Störungen eindeutig vorherrsche und für sich genommen eine eigenständige Diagnose rechtfertigen könne. Unter diesen Umständen überzeugt denn auch die gemäss ICD-10 diagnostizierte «Angst- und depressive Störung gemischt».

Das psychiatrische Teilgutachten ist somit grundsätzlich beweiswertig.

5.4.4.2 Bezüglich der medizinischen Vorakten ist im Wesentlichen auf die Berichte des die Beschwerdeführerin seit 30. November 2020 behandelnden Psychiaters Dr. med. T. ___ einzugehen. Im Arztbericht vom 17. März 2021 (IV-Nr. 52) wurden u.a. eine «depressive Störung, gegenwärtig schwer (ICD-10 F32.2)» und eine «Zwangsstörung mit vorwiegend Zwangshandlungen (ICD-10 F.42.1)» diagnostiziert. Aufgrund der massiven Schmerzen in der rechten Hand, Migräne mit starker Aura, beides sehr unberechenbar, sowie der massiven Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen sei der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit nicht zumutbar. Im Bericht vom 15. November 2021 (IV-Nr. 62) wurden sodann ■ nach erfolgtem fünfwöchigen, stationären Aufenthalt in der Klinik R. ___ vom 24. März bis 28. April 2021 (vgl. Austrittsbericht vom 12. Mai 2021, IV-Nr. 58) ■ u.a. eine «depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F32.1)» sowie eine «Zwangsstörung (ICD-10 F42.1)» diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin leide noch immer unter starken chronischen Schmerzen in der rechten Hand, Migräne mit starker Aura, beides sehr unberechenbar, sowie unter mittelgradigen Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen. Die Beschwerdeführerin sei nicht arbeitsfähig. Eine Eingliederung im geschützten Rahmen solle abgeklärt werden. Die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit wöchentlichen Sitzungen im Einzelsetting sei weiterzuführen. Dem Arztbericht vom November 2021 ist somit im Vergleich zum vorangehenden Bericht vom März 2021 insgesamt ein geringfügig verbesserter psychischer Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zu entnehmen. In diesem Sinn gab die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. med. T. ___ denn auch an, sie habe sich während des Klinikaufenthalts etwas entspannen können und es gehe ihr seither leicht besser. Die Hoffnungslosigkeit und Suizidgedanken sowie das Gedankenkreisen seien zurückgegangen. Sie habe jedoch nach wie vor grosse Mühe sich abzugrenzen und für sich zu sorgen, was weiterhin zentraler Inhalt der Psychotherapie sei. Zudem habe sie starke Selbstwertprobleme, kämpfe immer wieder sehr mit Schuldgefühlen und übernehme zu viel Verantwortung für Andere. Der soziale Rückzug sei nach wie vor stark. Sie pflege fast ausschliesslich familiäre Kontakte, lerne aber sich dort besser mitzuteilen und abzugrenzen. Unter fremden Menschen halte sie es schwer aus. Wenn es ihr zu viel werde, reagiere sie darauf mit Panikattacken (IV-Nr. 62 S. 3). In Bezug auf die vom behandelnden Psychiater

somit ausgewiesene Diagnose einer «depressiven Störung» ergeben sich aus dem psychiatrischen Teilgutachten einzig dahingehende abweichende fachärztliche Einschätzungen, als diese Diagnosen laut dem psychiatrischen Gutachter Dr. med. O.____ nicht als eigenständige Diagnose zustellen sei. Ergänzend kann in Bezug auf den von Dr. med. T.____ ebenfalls festgestellten sozialen Rückzug darauf hingewiesen werden, dass das Vermeiden von sozialen Kontakten ausserhalb der Familie einerseits mit dem Unverständnis anderer gegenüber ihren Schmerzen, dem Unbehagen der Beschwerdeführerin betreffend Nachfragen anderer zu ihrem Gesundheitszustand und mit Hörproblemen begründet wird (vgl. E. II. 5.2.5.1 hiervor). Es ist somit davon auszugehen, dass der soziale Rückzug u.a. auch auf somatische Ursachen zurückzuführen ist. Insgesamt kann folglich in Bezug auf die depressiven gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin einzig von einer unterschiedlichen Einschätzung der beiden, auf das medizinische Fachgebiet der Psychiatrie spezialisierten Fachärzte ausgegangen werden. Dr. med. O.____ ging sodann auf die vom behandelnden Psychiater ebenfalls gestellte Diagnose einer «Zwangsstörung mit Zwangshandlungen» ein (IV-Nr. 86.2 S. 186). Dabei führte er aus, die Beschwerdeführerin beschreibe zeitgleich zur oben beschriebenen ängstlich-depressiven Entwicklung ein «Süchtigsein nach Putzen». Dem entsprechen die Angaben der Beschwerdeführerin, wonach sie täglich vorwiegend mit der linken Hand etwa drei Stunden (bis zu fünf Stunden) ihre Wohnung reinige und keine Ruhe finde, bevor der Schmutz nicht beseitigt sei. Das Putzen helfe ihr, Befriedigung zu finden und werde von ihr nicht als quälend erlebt; auch würden ihre sonstigen Tagesaktivitäten nicht beeinträchtigt. Wenn ihr Mann Kritik am häufigen Putzen übe, könne sie dies auch unterlassen. Sie habe bislang noch nicht probiert, Widerstand gegen die häufigen Putzhandlungen zu unternehmen; sie empfinde diese nicht unbedingt als Ich-fremd. Aufgrund dieser Angaben erfüllten die wiederholten Putzhandlungen der Beschwerdeführerin gemäss Beurteilung des psychiatrischen Gutachters nur teilweise die Kriterien einer Zwangsstörung; insbesondere fehle hierbei der Ich-dystone und quälende Charakter der sich zwanghaft wiederholenden Handlungen. Es bestünden daher Zweifel an einer eigenständigen Zwangsstörung mit vorwiegenden Zwangshandlungen, zumal diese Symptome lediglich begleitend zu der oben beschriebenen ängstlich-depressiven Störung aufgetreten seien. Diesen gutachterlichen Einschätzungen kann gefolgt werden. Es fällt denn auch auf, dass die Zwangsstörung in den Beschreibungen der Situation und der Befunde durch die behandelnden Ärzte nur sehr wenig Raum einnimmt. Folglich vermögen die beiden Arztberichte des behandelnden Psychiaters Dr. med. T.____ vom 17. März und 15. November 2021 den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. O.____ nicht zu verringern.

In Bezug auf das frühere psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. U.____ vom 30. Dezember 2019 (IV-Nr. 28) ergibt sich Folgendes: Dr. med. U.____ diagnostizierte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, aber folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: «Leichte reaktive generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1)» und «Status nach Nikotinabhängigkeit (ICD-10 F17.20)» (S. 8) und hielt fest, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei nicht beeinträchtigt. Somit entspricht die Einschätzung in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin derjenigen des psychiatrischen Gutachters Dr. med. O.____. So attestierte dieser bei der Beschwerdeführerin aufgrund von «leichten ängstlichen und depressiven Beschwerden» (IV-Nr. 86.2 S. 186) ebenfalls eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, wobei er darauf hinwies, dass die aktuell ängstlich-depressive Verstimmung allenfalls zu einer Einschränkung für Tätigkeiten mit hoher Stressbelastung und für Nacharbeiten

führen könne (IV-Nr. 86.2 S. 190). Ansonsten sei aus psychiatrischer Sicht keine angepasste Tätigkeit erforderlich. Insgesamt stimmen die Beurteilungen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der beiden psychiatrischen Fachärzte Dr. med. O.____ und Dr. med. U.____ überein.

Damit wird der Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. O.____ durch das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. U.____ bestätigt.

Einzugehen ist ferner auf den Austrittsbericht der Klinik R.____ vom 12. Mai 2021 betreffend die stationäre Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 24. bis 28. April 2021 (IV-Nr. 58 S. 2 ff.). Auf die im entsprechenden Bericht diagnostizierte «chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)» wurde indes nicht weiter eingegangen, so dass diese nicht ohne Weiteres einzuleuchten vermag. Dr. med. O.____ hielt in Bezug auf die durch die Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung angegebenen Schmerzen im Bewegungsapparat fest, diese seien aus hiesiger Sicht keiner anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zuzuordnen. So liege im klinischen Eindruck kein andauernder, schwerer und quälender Schmerz vor und es könne initial kein assoziierter fehlverarbeiteter seelischer oder psychosozialer Konflikt exploriert werden, vor dessen Hintergrund sich der Schmerz ursprünglich hätte entwickeln können. Die Achsenkriterien einer somatoformen Schmerzstörung seien also nicht erfüllt. Auch die Sonderform einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren scheidet bei gleichzeitigem Bestehen einer affektiven Störung (Angst- und depressive Störung, gemischt) und Indizien für eine Verdeutlichungsneigung nach den Kodierregeln des ICD-10 ebenfalls aus (IV-Nr. 86.2 S. 186). Diesen nachvollziehbaren Einschätzungen kann gefolgt werden. Somit vermag der Austrittsbericht der Klinik R.____ vom 12. Mai 2021 den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht zu verringern.

5.4.5 Zusammenfassend wird das beweismässige polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle I.____ vom 8. Dezember 2022 durch die medizinischen Vorakten nicht geschmälert.

Gestützt auf die Diagnose einer Angst- und depressive Störung gemischt, (ICD-10 F41.2) kommt Dr. med. O.____ im psychiatrischen Teilgutachten zum Schluss, dass die milden ängstlich-depressiven Beschwerden angesichts der geringen Ausprägung und geringen Alltagsrelevanz zu keiner wesentlichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führten (IV-Nr. 86.2 S. 188). Allenfalls sollten höhere Ansprüche an die Stressbelastbarkeit und Nacharbeit vorerst vermieden werden. Diese gutachterlichen Einschätzungen leuchten ein. In dieser Konstellation kann auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1).

5.5 Es stellt sich die Frage, ob der Beweiswert des Gutachtens der Gutachterstelle I.____ vom 8. Dezember 2022 allenfalls durch die in zeitlicher Hinsicht erst nach diesem eingereichten bzw. durch die in zeitlicher Hinsicht nach diesem verfassten medizinischen Berichte allenfalls in Zweifel gezogen wird.

5.5.1 Dem mit Eingang vom 15. Oktober 2024 im vorliegenden Beschwerdeverfahren durch die Beschwerdeführerin eingereichten Notfallbericht des Spitals K.____ vom 15. Oktober 2022 (A.S. 43 f., Beschwerdebeilage Nr. 3) sind aufgrund der am 15. Oktober 2022 erfolgten medizinischen Behandlung folgende Hauptdiagnosen zu entnehmen: «1. Vasovasgale Synkope am 15. Oktober 2022, 2. OSG Distorsion rechts Grad II vom 15. Oktober 2022, 3. Wahrscheinlich genetische Epilepsie». Die Beschwerdeführerin habe

sich auf der Treppe schwindelig gefühlt und dann plötzlich die Kraft verloren. Sie habe ein Distorsionstrauma erlitten und sei gestürzt. Es werde zu einem konservativen Vorgehen geraten mit u.a. Schonhaltung, Ruhigstellung, Kühlen und Schmerzmedikation. Insgesamt lässt sich diesem Notfallbericht entnehmen, dass die Beschwerdeführerin einen Unfall mit geringfügig somatischer Beeinträchtigung erlitten hat. Zudem ist von einem relativ kurzzeitigen, konservativen Heilungsprozess auszugehen. Die Tatsache, dass sich in den vorliegenden Akten keine weiteren, auf dieses Unfallereignis bezogenen, medizinischen Berichte finden, lässt darauf schliessen, dass die am 15. Oktober 2022 zugezogene somatische Verletzung in der Folge komplikationslos abgeheilt ist. In diesem Sinn hielt auch Dr. med. H.____, RAD, in ihrer Aktennotiz vom 17. Oktober 2024 (A.S. 49 f.) fest, es ergebe sich ausserhalb der temporär begrenzten, keine IV-relevante dauerhafte IV-Funktionseinschränkung. Folglich vermag der Notfallbericht keine auch nur geringen Zweifel am Beweiswert des polydisziplinären I.____-Gutachtens zu wecken.

5.5.2 Einzugehen ist ferner auf die «Stellungnahme zur polydisziplinären medizinischen Abklärung der I.____» des die Beschwerdeführerin behandelnden Psychotherapeuten J.____ vom 26. Mai 2023 (IV-Nr. 102). Darin wird u.a. geltend gemacht, die Beschwerden wie Suizidalität, Zwangsstörung, Erschöpfung, Schuldgefühle, Probleme in Kindheit und Jugend, Selbstwertprobleme, Zukunftsängste und sozialer Rückzug, seien im psychiatrischen Teilgutachten der Gutachterstelle I.____ nicht berücksichtigt worden. Dieser Ansicht kann indes nicht gefolgt werden. So habe die Beschwerdeführerin im Rahmen der psychiatrischen gutachterlichen Exploration u.a. angegeben (IV-Nr. 86.2 S. 177 f.), wegen der Schmerzen und der Funktionseinschränkungen kein lebenswertes Leben mehr zu haben und sich obendrein durch die mehrmonatige Arbeitsunfähigkeit des Ehemannes, der sich an der rechten Elle verletzt habe, belastet zu fühlen. Mit ihm falle der Hauptverdiener aus und sie könne nicht für Ersatz sorgen. Sie mache sich daher viele Sorgen, sei oft bedrückt und habe manchmal sogar Selbstmordgedanken wegen der Folgen des CRPS. Ferner habe sie Angst, wenn sie unter vielen Leuten sei (z.B. im Supermarkt, in öffentlichen Verkehrsmitteln oder beim Restaurantbesuch). Sie werde dann unruhig, habe eine schwere Atmung und schwitze vermehrt; meist könne sie sich durch Atemübungen und Meditationsmusik helfen und habe bislang noch keine gravierende Panikattacke erlebt. Positive Gefühle könne sie weiterhin bei ihrem Mann und ihrem Hund empfinden, ansonsten sehe sie ihre Zukunft «grau und düster». Mit Trimipramin habe sich der durch Schmerz und Angst gestörte Nachtschlaf wieder gebessert, trotzdem halte sie einen Mittagsschlaf von eineinhalb bis zwei Stunden Dauer. Sie habe sich seit einem Jahr erstmals in eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung begeben, erhalte vom Psychiater Cipralext 20 mg und habe wöchentliche Therapiesitzungen bei einer Psychologin. Ihr Schmerz habe sich dadurch wenig verändert, ihre Psyche etwas stabilisiert; es komme aber immer wieder zu Einbrüchen. Während des Klinikaufenthaltes im Mai 2021 habe sie gute Tipps für den Alltag bekommen und sich später auch selbst Hilfsmittel angefertigt, um mit der eingeschränkten Beweglichkeit ihrer rechten Hand besser klarzukommen. Sie sei auch bei einem Schmerztherapeuten in Behandlung, habe aber unter Lidocainapplikationen keine wesentliche Verbesserung erreicht und nehme Novalgin oder Optifen im Wechsel, wenn die Schmerzen im CRPS-Gebiet zu stark würden. Begleitend zur depressiv-ängstlichen Verstimmung habe sie auch einen «Putzzwang» empfunden, sie putze mit links, weil es ihr eine Befriedigung gibt, dass sie dies noch gut schaffen könne. Sie sei in ihrem kleinen Haushalt in der Regel etwa drei Stunden am Tag mit Putzarbeiten beschäftigt; manchmal seien es sogar fünf Stunden. Sie könne das Putzen aber

unterbrechen, wenn es andere Beschäftigungen gebe. Sie sei als Kind und Jugendliche von ihrem Umfeld ausgegrenzt und gehänselt worden, weil sie eine zu grosse Oberweite gehabt habe. Sie habe daher im 22. Lebensjahr eine Mammareduktionsplastik gemacht, deswegen aber nie eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in Angriff genommen. Im Zeitraum 2005 bis 2010 habe sie auch eine sechsmonatige Psychotherapie gemacht, weil sie sich in diesem Zeitabschnitt beruflich überfordert gefühlt habe und auch den Eindruck des Mobbing bekommen habe. Sie habe sich nach dieser Zeit aber schnell wieder stabilisiert. Gestützt auf diese subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ist davon auszugehen, dass dem psychiatrischen Gutachter sämtliche, der vom Psychotherapeuten J. ___ im Schreiben vom 26. Mai 2025 als «unberücksichtigt geblieben», qualifizierten Problemstellungen bekannt waren. Inwiefern auf diese im Einzelnen einzugehen ist, liegt indes im Ermessen des jeweiligen Gutachters. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. O. ___ hielt diesbezüglich u.a. fest, es finde sich im hiesigen AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befund eine ängstlich bedrückte und eingeschränkt schwingungsfähige Grundstimmung, darüber hinaus Angabe von Zukunftsängsten, Ängsten in grossen Menschenmengen (ohne ausgewiesene Panikattacken), Schlafstörungen (leicht gebessert mit Trimipramin), eine Grübelneigung und früher auch Selbsttötungsgedanken vor dem Hintergrund der berichteten Schmerzen (IV-Nr. 86.2 S. 185). Die Beschwerdeführerin gebe indes weiter an, dass sie im Zusammenhang mit ihrem Hund oder ihrem Mann Freude empfinden könne und einem strukturierten Alltag nachgehe. Sie könne sich selbst und den Haushalt versorgen, habe familiäre Kontakte, meide jedoch soziale Aktivitäten (aus den oben genannten Gründen). Somit hat sich der psychiatrische Gutachter Dr. med. O. ___ mit den von der Beschwerdeführerin geschilderten Ausführungen durchaus befasst und ist darauf in nachvollziehbarer Weise eingegangen. Inwiefern der Gutachter ■ wie vom Psychotherapeuten J. ___ vorgebracht (IV-Nr. 102 S. 3) ■ auf die von der Beschwerdeführerin beschriebenen Aussagen empathie- bzw. verständnislos reagiert haben soll, lässt sich indes nicht nachvollziehen. So ergeben sich jedenfalls aus dem psychiatrischen Teilgutachten keine entsprechenden Anhaltspunkte, die auf ein solches Verhalten des Gutachters schliessen lassen. In diesem Sinn führten die Gutachter der Gutachterstelle I. ___ auch in ihrer «gutachterlichen Stellungnahme» vom 10. Juli 2023 (IV-Nr. 104) aus, es sei im Rahmen der Begutachtung klar nach der Thematik «Suizidalität» gefragt worden, da es eines der sieben Nebenkriterien für eine depressive Episode nach ICD-10 sei. Die Beschwerdeführerin habe auf S. 177 angegeben, sich viele Sorgen zu machen, oft bedrückt zu sein und manchmal wegen der Folgen des CRPS sogar Selbstmordgedanken zu haben. Auf S. 184 heisse es sodann, die Beschwerdeführerin fühle sich bedrückt, gebe zeitweise auch Selbsttötungsgedanken aufgrund einer vermeintlichen Sudeck-Dystrophie an und könne mit Trimipratin etwas besser schlafen. Die geäusserten Selbstmordgedanken seien somit vom Gutachter angemessen erfasst und natürlich auch ernst genommen worden, auch wenn er die Beweggründe für die angegebenen Suizidgedanken hinterfrage. Im Weiteren weisen die Gutachterpersonen in ihrer Stellungnahme vom Juli 2023 darauf hin, dass der Untersuchungsbefund ein von der Exploration unabhängiger Teil sei, in dem der Untersucher seinen diagnostischen Eindruck wiedergäbe (hier auf S. 183 Suizidalität: «Kein Anhalt für Suizidgedanken oder -pläne.»). Der Gutachter bringe damit zum Ausdruck, dass er am Untersuchungstag keinen Anhalt für eine (akute) Suizidgefährdung gefunden habe und auch keine Indikation für eine akute stationäre Behandlung stelle. Diesen Ausführungen kann gefolgt werden. Ferner wird in der Stellungnahme dargelegt, dass auch im überschaubaren Krankheitsverlauf keine stationäre

Aufnahme wegen akuter Suizidalität erfolgt sei und während des Aufenthaltes in der Klinik R.____ im Befund ebenfalls «kein Anhalt für Suizidalität» angegeben worden sei. Diesen Ausführungen ist beizupflichten. So finden sich in den vorliegend dokumentierten medizinischen Akten keine Hinweise auf einen stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin aufgrund von drohender bzw. akuter Suizidalität. Im einzig vorhandenen Austrittsbericht der Klinik R.____ vom 12. Mai 2021 (IV-Nr. 58) wird im Rahmen des Psychostatus beim Austritt festgehalten, die Beschwerdeführerin habe sich bei Austritt klar und eindeutig von akuter Selbst- oder Fremdgefährdung distanziert (S. 5). Ferner ist auch der weiteren Einschätzung der Gutachterpersonen in der «gutachterlichen Stellungnahme» vom 10. Juli 2023 (IV-Nr. 104) beizupflichten, wonach nicht zwingend sei, dass subjektive Aussagen eines Probanden (so z.B. auch zur Schmerzstärke) stets mit dem objektiven Befund bzw. der Verhaltensbeobachtung in Einklang stünden. Somit vermag der Psychotherapeut J.____ mit seinen gegen das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. O.____ gerichteten Vorbringen nicht durchzudringen. Der Beweiswert des psychiatrischen I.____-Teilgutachtens wird durch seine Stellungnahme jedenfalls nicht in Zweifel gezogen. Eine entsprechende Einschätzung ist bereits der RAD-Stellungnahme von Dr. med. H.____, Praktische Ärztin und Fachärztin Arbeitsmedizin, vom 15. Juli 2023 zu entnehmen (IV-Nr. 106). So qualifizierte sie die Beurteilung der Gutachter als ausführlich und abschliessend.

Ähnlich verhält es sich im Übrigen auch bezüglich der weiteren vom Psychotherapeuten J.____ am 13. Dezember 2024 verfassten «Stellungnahme zur polydisziplinären medizinischen Abklärung der I.____» (Beschwerdebeilage Nr. 5). Darin werden u.a. die im Rahmen der durchgeführten Testungen (BDI-II und Mini-ICF-APP) erzielten Ergebnisse wiedergegeben. Diese lassen sich indes nicht ohne Weiteres nachvollziehen. So geht bspw. in Bezug auf den bei der Selbstbeurteilung im Rahmen des BDI-II-Tests erzielten Wert von 55 Punkten, was einer schwergradigen depressiven Symptomatik entspricht, nicht hervor, wie sich dieser Wert konkret zusammensetzt. Ferner setzt sich der Psychotherapeut im Rahmen des durchgeführten Mini-ICF-APP auch nicht mit den im polydisziplinären Gutachten gemachten Vorbringen der Beschwerdeführerin auseinander. So führt er bspw. aus, die Beschwerdeführerin habe Mühe, ihre Tage zu strukturieren und ihre Zeit angemessen einzuteilen. Dieser Einschätzung kann indes gestützt auf die anlässlich der psychiatrischen Exploration durch die Beschwerdeführerin gemachten Angaben zum Tagesablauf (vgl. E. II. 5.2.5.1 hiervor) nicht gefolgt werden. So ist gestützt darauf vielmehr von einem sehr organisierten und durchdachten Tagesablauf auszugehen.

Insgesamt vermögen die Stellungnahmen des Psychotherapeuten J.____ den Beweiswert des psychiatrischen I.____-Gutachtens somit nicht in Zweifel zu ziehen. In diesem Zusammenhang ist auch nochmals zu erwähnen, dass das psychiatrische Vorgutachten von Dr. med. U.____ (IV-Nr. 28; E. 5.4.4.2 hiervor) unter Einbezug des Mini-ICF-APP und der Beurteilungsskala MADRS zu einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit gelang war.

5.5.3 Im relativ kurz ausgefallenen «Zwischenbericht Schmerzmedizin» vom 29. Januar 2024 des Spitals V.____, Klinik für Anästhesiologie und Schmerzmedizin, werden folgende Hauptdiagnosen ausgewiesen: «Complex Regional Pain Syndrome Type I der rechten Hand, Complex Regional Pain Syndrome Type I des rechten Fusses [wohl gemeint: linken Fusses], Migräne, Absencen-Epilepsie, Depression». Diese Diagnosestellungen beruhen einzig auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin. So ist dem Bericht jedenfalls nicht zu entnehmen, ob und mit welchem Ergebnis medizinische Abklärungen durchgeführt

worden sind. Aufgrund dessen sind die ausgewiesenen Diagnosen nicht ohne Weiteres nachvollziehbar. Daran vermag auch der Hinweis auf die bisherigen Therapiemassnahmen nichts zu ändern, mit denen bisher keine langfristige und signifikante Verbesserung habe erreicht werden können. Unter diesen Umständen vermag der Zwischenbericht vom 29. Januar 2024 den Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens der Gutachterstelle I.____ nicht in Zweifel zu ziehen.

5.5.4 Dem «Erstkonsultationsbericht» vom 6. Juni 2024 und dem «Verlaufskonsultationsbericht» vom 17. Juli 2024 des Kompetenzzentrums für Schmerzmedizin, W.____ (Beschwerdebeilage Nrn. 6, 7), sind u.a. die Diagnosen eines «CRPS Type II der rechten Hand» und eines «CRPS Typ I Fuss links» zu entnehmen, wobei in Bezug auf Letzteres festgehalten wird, dass die Budapester Kriterien erfüllt seien, die Dauer und Intensität der aktuellen Schmerzen durch das initiale Trauma indes nicht mehr genügend erklärt werden könnten. In Bezug auf die rechte Hand und den rechten Fuss werde aktuell primär eine Affektion des Nervus suralis vermutet. Es würden daher eine diagnostische Infiltration des Nervus radialis rechts sowie eine diagnostische Infiltration des Nervus saphenus rechts durchgeführt (Beschwerdebeilage Nr. 6 S.1). Da die Beschwerdeführerin einzig von der Infiltration des Nervus radialis während lediglich drei Tagen profitiert habe, wurden die Therapiemassnahmen betreffend des CRPS der rechten Hand als «ausgeschöpft» bezeichnet. In Bezug auf den rechten Fuss wäre bei positiver diagnostischer Infiltration des Nervus suralis eine weitere Infiltration mit Cortison oder RFA möglich. Diesbezüglich sei die Beschwerdeführerin indes zurückhaltend. Diskutiert wurde sodann auch die Durchführung einer Rückenmarksstimulation (Beschwerdebeilage Nr. 7 S. 1).

Insgesamt geht es in den Berichten der W.____ im Wesentlichen um das weitere therapeutische Vorgehen. So wurde die Beschwerdeführerin dem Kompetenzzentrum für Schmerzmedizin auch im Wesentlichen zur Behandlung und nicht zur medizinischen Abklärung zugewiesen (Beschwerdebeilage Nr. 6 S. 1). Es kommt hinzu, dass die in den Berichten vom Juni und Juli 2024 durch die Beschwerdeführerin geschilderten Schmerzen in der rechten Hand am Handgelenk mit Ausstrahlung in Dig 1 und 2, regelmässigen Verfärbungen livide-rot und ausgeprägter Schwellung, den Beschwerdeschilderungen im Rahmen des rheumatologischen I.____-Teilgutachtens vom 8. Dezember 2022 entsprechen (IV-Nr. 86.2 S. 145). So berichtete die Beschwerdeführerin bereits damals von einer ständigen Schwellung über dem rechten Handgelenk und den Fingern (IV-Nr. 86.2 S. 145). Der rheumatologische Gutachter Dr. med. N.____ hielt diesbezüglich fest, es ergäben sich hinsichtlich der reklamierten Beschwerden vielfältige Hinweise, die auf eine Beschwerdeüberzeichnung hindeuteten (IV-Nr. 86.2 S. 153). Die Ärzte des Kompetenzzentrums für Schmerzmedizin W.____ haben ihrerseits die durch die Beschwerdeführerin geäusserten Schmerzen nicht weiter hinterfragt bzw. sich nicht weiter mit diesen auseinandergesetzt.

Folglich vermögen die beiden Berichte des Kompetenzzentrums für Schmerzmedizin vom 6. Juni und 17. Juli 2024 am Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens vom 8. Dezember 2022 keine auch nur geringen Zweifel hervorzurufen.

5.5.5 Somit vermögen weder die im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens eingereichten medizinischen Akten noch die in zeitlicher Hinsicht nach dem polydisziplinären Gutachten der Gutachterstelle I.____ vom 8. Dezember 2022 verfassten medizinischen Berichte dessen Beweiswert in Zweifel zu ziehen.

5.6 Es stellt sich weiter die Frage, ob die in der Beschwerdeschrift vom 9. September 2024 (A.S. 9 ff.) gegen das rheumatologische und psychiatrische I.____-Teilgutachten gerichteten Vorbringen der Beschwerdeführerin den Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens der Gutachterstelle I.____ vom 8. Dezember 2022 allenfalls zu schmälern vermögen:

5.6.1 Eingehend auf das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. N.____ vom 8. Dezember 2022 (IV-Nr. 86.2 S. 109 ff.) lässt die Beschwerdeführerin vorbringen, dessen Beurteilung sei weltfremd und kaum nachvollziehbar. So bestreite er gestützt auf eine einmalige Untersuchung das Vorliegen eines CRPS an der rechten Hand. Wie jedoch unzähligen Akten zu entnehmen sei, hätten in der Zwischenzeit verschiedene Fachärzte diese Diagnose bestätigt. Diesen Ausführungen kann entgegengehalten werden, dass es im pflichtgemässen Ermessen der jeweiligen Gutachterperson liegt, ob eine einmalige Untersuchung zur Diagnosestellung ausreicht, oder ob weitere Abklärungen notwendig sind. Zudem hat eine Gutachterperson, unabhängig von den im entsprechenden Verfahren bereits involvierten Fachärzten, oder den durch sie gestellten Diagnosen, den Gesundheitszustand des jeweiligen Exploranden zu beurteilen und allfällige abweichende ärztliche Einschätzungen in vorbestehenden medizinischen Akten zu begründen. Dies hat der Gutachter getan.

In Bezug auf das weitere Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach der Gutachter Dr. med. N.____ auf S. 152 plötzlich von einer «weiteren Remission» vom Zeitpunkt der Begutachtung bei der Gutachterstelle F.____ bis zur Begutachtung I.____ spreche, obwohl eine solche in den Akten nirgends erwähnt werde (A.S. 24), kann festgehalten werden, dass sich Dr. med. N.____ eingehend mit dem Gutachten der F.____ befasst hat und sodann aufgrund seiner fachärztlichen Untersuchung zur Ansicht gelangt ist, dass sich ■ im Vergleich mit dem Vorgutachten ■ keine namhafte Einschränkung der beiden Hände objektivieren lasse, sich auch keine Anzeichen für ein persistierendes CRPS ergäben und die Budapest-Kriterien nicht ausreichend erfüllt seien (IV-Nr. 86.2 S. 149). Da die entsprechenden Befunde im Vorgutachten der F.____ als partiell remittiert, aber in einem gewissen Umfang noch vorhanden beschrieben wurden (IV-Nr. 29.4 S. 11 f.), vermag einzuleuchten, dass Dr. med. N.____ von einer «weiteren Remission» ausging. Diese Einschätzung muss ■ entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ■ nicht in den vorangehenden medizinischen Akten enthalten sein, sondern kann (wie hier der Fall) auch auf eigenen gutachterlichen Abklärungen beruhen.

5.6.2 Bezüglich des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. O.____ lässt die Beschwerdeführerin vorbringen, es würden in Bezug auf die Suizidalität widersprüchliche Aussagen und Befunde gemacht. Dazu lässt sich Folgendes festhalten: Die Beschwerdeführerin hat bei der psychiatrischen Exploration u.a. angegeben, sich oft Sorgen zu machen, oft bedrückt zu sein und manchmal wegen der CRPS sogar Selbstmordgedanken zu haben (IV-Nr. 86.2 S. 177). Dies wurde sodann im Rahmen der medizinischen Beurteilung wie folgt zusammengefasst (S. 184): Die Beschwerdeführerin fühle sich bedrückt, gebe zeitweise auch Selbsttötungsgedanken aufgrund einer vermeintlichen Sudeck-Dystrophie an. Folglich hat der psychiatrische Gutachter die von der Beschwerdeführerin geschilderten subjektiven Angaben durchaus erfasst. Die im Rahmen des «psychiatrischen Befundes nach AMDP» sodann enthaltene gutachterliche Feststellung, wonach kein Anhalt für Suizidgedanken oder -pläne bestehe (S. 183), steht dem nicht entgegen. So handelt es sich beim AMDP-konform erhobenen psychiatrischen

Untersuchungsbefund um objektivierbare psychische Auffälligkeiten, wobei der aktuelle Zustand beschrieben wird. Dr. med. O. ___ gelangt demnach zum Ergebnis, dass zum aktuellen Zeitpunkt der Begutachtung bei der Beschwerdeführerin keine akute Suizidalität bestehe. Von einem Widerspruch, wie dies von der Beschwerdeführerin geltend gemacht wird, ist dementsprechend nicht auszugehen.

Die Beschwerdeführerin stellt sich ferner auf den Standpunkt, ein weiterer Widerspruch bestehe darin, dass sie gegenüber dem psychiatrischen Gutachter ausgeführt habe, aufgrund der Schmerzen und Funktionseinschränkungen kein lebenswertes Leben mehr zu haben. Daraus habe der Gutachter sodann (fälschlicherweise) den Schluss gezogen, es bestehe kein Antriebs- und Freudverlust. Diesbezüglich lässt sich Folgendes festhalten: Dem psychiatrischen Teilgutachten vom 8. Dezember 2022 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin wegen der Schmerzen und der Funktionseinschränkungen angebe, kein lebenswertes Leben mehr zu haben (IV-Nr. 86.2 S. 177). Im Rahmen der gutachterlichen Exploration hielt der psychiatrische Gutachter Dr. med. O. ___ diesbezüglich fest, die Beschwerdeführerin habe während der Untersuchung keine Zeichen der Schmerzbeeinträchtigung (keine Schonhaltung, keine vegetativen oder mimischen Begleitreaktionen) gezeigt. Unter Einbezug des von der Beschwerdeführerin angegebenen relativ aktiven Tagesablaufes und der Tatsache, dass sie im Zusammenhang mit ihrem Hund und ihrem Mann Freude empfinden könne (IV-Nr. 86.2 S. 185), kam der Gutachter sodann zum Schluss, dass die ICD-Kriterien einer depressiven Episode (vitale Traurigkeit, Antriebs- und Freudverlust) nicht zu objektivieren seien. Diese gutachterliche Einschätzung ist nachvollziehbar. Dem Vorbringen der Beschwerdeführerin kann nicht gefolgt werden.

Die Beschwerdeführerin stellt sich sodann auf den Standpunkt, Dr. med. O. ___ verneine eine Schmerzstörung ohne nachvollziehbare Begründung, wobei in praktisch sämtlichen Arztberichten eine anhaltende und erhebliche Schmerzstörung beschrieben werde (A.S. 27 f.). Diesen Ausführungen kann ■ wie nachfolgend darzulegen ist ■ nicht gefolgt werden: So hat sich der psychiatrische Gutachter mit den von der Beschwerdeführerin angegebenen Schmerzen im Bewegungsapparat durchaus auseinandergesetzt. Dabei hielt er fest, die angegebenen Schmerzen im Bewegungsapparat seien aus hiesiger Sicht keiner anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zuzuordnen. Im klinischen Eindruck liege kein andauernder, schwerer und quälender Schmerz vor und es könne initial kein assoziierter fehlverarbeiteter seelischer oder psychosozialer Konflikt exploriert werden, vor dessen Hintergrund sich der Schmerz ursprünglich hätte entwickeln können. Die Achsenkriterien einer somatoformen Schmerzstörung seien also nicht erfüllt. Auch die Sonderform einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren scheide bei gleichzeitigem Bestehen einer affektiven Störung (Angst- und depressive Störung, gemischt) und bei Indizien für eine Verdeutlichungsneigung nach den Kodierregeln des ICD-10 ebenfalls aus (IV-Nr. 86.2 S. 186). Folglich hat sich Dr. med. O. ___ mit den anderslautenden diagnostischen Einschätzungen in den medizinischen Vorakten durchaus befasst und seine Einschätzung auch hinreichend begründet. Das Vorbringen der Beschwerdeführerin überzeugt folglich nicht.

5.6.3 Insgesamt vermögen somit auch die Vorbringen der Beschwerdeführerin am Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens der Gutachterstelle I. ___ vom 8. Dezember 2022 keine auch nur geringen Zweifel zu wecken.

5.7 Dem Gutachten der Gutachterstelle I. ___ vom 8. Dezember 2022 (IV-Nrn. 86.1 - 86.3) ist somit voller Beweiswert zuzusprechen. Die Beschwerdeführerin ist

somit in der bisherigen Tätigkeit als ungelernete Metzgereimitarbeiterin zu 100 % arbeitsfähig.

5.8 In Bezug auf den zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit halten die Gutachter u.a. fest (IV-Nr. 86.2 S. 15 f.), es könne der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nach aktenkundigem CRPS-Verlauf nach CTS-Operation vom 10. März 2018 anhand des vorliegenden Aktenmaterials und der dokumentierten klinischen Befunde insoweit zugestimmt werden, dass eine passagere Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei. Die Diagnose eines CRPS sei eine klinische Diagnose und werde vorwiegend auf die Symptome und die Untersuchungsergebnisse abgestellt. Retrospektiv lasse sich die Diagnose und der Verlauf eines CRPS nur schwer beurteilen. In der hiesigen Untersuchung seien die Kriterien für ein manifestes CRPS für die rechte obere Extremität nicht ausreichend erfüllt. Ein CRPS nach Umknicktrauma des linken Sprunggelenks vom 20. Februar 2022 lasse sich in der hiesigen Untersuchung nicht bestätigen. Anhand der hiesigen klinischen Befunde und unter Würdigung des Aktenmaterials lasse sich keine weitere Arbeitsunfähigkeit attestieren. Eine invalidisierende Gesundheitsstörung mit einer dauerhaften Minderung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit lasse sich also auch retrospektiv nicht schlüssig begründen. Dies sei rückblickend unbegrenzt geltend (IV-Nr. 86.2 S. 16).

Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Verfügung vom 6. August 2024 davon ausgegangen ist (A.S. 5), dass der Beschwerdeführerin die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit als ungelernete Metzgereimitarbeiterin seit der CTS-Operation vom 13. April 2018 (IV-Nr. 5) vorübergehend nicht mehr möglich gewesen sei. Gestützt auf das bidisziplinäre Vorgutachten der F.____ vom 20. März 2020 (IV-Nr. 29.4 S. 16 f.) ist davon auszugehen, dass ab 1. Januar 2020 von einer 65%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit auszugehen ist. Spätestens seit dem Zeitpunkt der Durchführung der rheumatologischen Begutachtung im Rahmen des Gutachtens der Gutachterstelle I.____ vom 3. September 2022 (IV-Nr. 86.2 S. 109 ff.) besteht indes sowohl in der zuletzt ausgeübten als auch in jeder vergleichbaren Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr.

6. Nachfolgend ist auf die Statusfrage einzugehen. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin im Rahmen der in der Verfügung vom 6. August 2024 vorgenommenen Berechnung des Invaliditätsgrades zu Recht davon ausgegangen ist, dass die Beschwerdeführerin bei voller Gesundheit einer ausserhäuslichen Tätigkeit zu 60 % nachginge und zu 40 % im Haushalt tätig wäre (A.S. 5). In diesem Sinn gab die Beschwerdeführerin im Intake-Gespräch vom 9. Juli 2018 (IV-Nr. 3) an, sie hätte eigentlich in der Firma C.____ eine pensionierte Dame ablösen sollen. Das Arbeitspensum hätte dann 60 % betragen. Es sei dann aber der Unfall dazwischen gekommen. Da die Beschwerdeführerin diesen Status nicht beanstandet (vgl. E. II. 4 hiervor), ist darauf abzustellen.

7. Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Beurteilung einer allfälligen Einschränkung der Beschwerdeführerin im Haushalt im Wesentlichen auf die «Stellungnahme des Abklärungsdienstes» hinsichtlich Invalidenrente» vom 21. Juli 2020 (IV-Nr. 38). Gemäss dem Abklärungsfachmann G.____ hätten die Abklärungen ergeben, dass IV-technische Komponenten wie die Schadenminderungspflicht (angepasste Arbeitsweise, Familienmithilfe, usw.) die effektive gesundheitsbedingte Einschränkung entscheidend einschränkten. So gesehen sei im Aufgabenbereich Haushalt bei der versicherten Person für die Zeit ab April 2018 von einer Einschränkung von maximal 30 %

und für die Zeit ab Januar 2020 von einer Einschränkung von maximal 20 % auszugehen. Die gesetzliche Wartezeit von einem Jahr sei nach den vorliegenden medizinischen Vorgaben auf den 13. April 2018 hin zu eröffnen. Im April 2019 sei das Wartejahr demnach abgelaufen. Die Anmeldung um eine Invalidenrente sei bei der Beschwerdegegnerin am 18. Juli 2018 eingetroffen und somit nicht verspätet. Der Beginn eines potentiellen Rentenanspruchs sei somit frühestens auf den 1. April 2019 festzusetzen. Es ist nachfolgend zu prüfen, ob dieser Stellungnahme des Abklärungsdienstes beweiswertig ist.

7.1 Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der Versicherten zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift, sofern der Bericht eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage im eben umschriebenen Sinne darstellt, in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 130 V 61 E. 6.2 S. 63, 128 V 93). Sodann sind leistungsansprechenden Personen im Rahmen der Schadenminderungspflicht grundsätzlich Massnahmen zuzumuten, die ein vernünftiger Mensch in der gleichen Lage ergreifen würde, wenn er keinerlei Entschädigung zu erwarten hätte. Für die im Haushalt tätigen Versicherten bedeutet dies, dass sie Verhaltensweisen zu entwickeln haben, welche die Auswirkungen der Behinderung im hauswirtschaftlichen Bereich reduzieren und ihnen eine möglichst vollständige und unabhängige Erledigung der Haushaltarbeiten ermöglichen. Kann die versicherte Person wegen ihrer Behinderung gewisse Haushaltarbeiten nur noch mühsam und mit viel höherem Zeitaufwand erledigen, so muss sie in erster Linie ihre Arbeit einteilen und in üblichem Umfang die Mithilfe von Familienangehörigen in Anspruch nehmen (Urteil des Bundesgerichts 8C_748/2019 vom 7. Januar 2020 E. 5.3). Ein invaliditätsbedingter Ausfall darf bei im Haushalt tätigen Personen nur insoweit angenommen werden, als die Aufgaben, welche nicht mehr erfüllt werden können, durch Drittpersonen gegen Entlohnung oder durch Angehörige verrichtet werden, denen dadurch nachgewiesenermassen eine Erwerbseinbusse oder doch eine unverhältnismässige Belastung entsteht. Die im Rahmen der Invaliditätsbemessung bei einer Hausfrau oder einem Hausmann zu berücksichtigende Mithilfe von Familienangehörigen geht daher weiter als die ohne Gesundheitsschädigung üblicherweise zu erwartende Unterstützung (BGE 141 V 642 E. 4.3.2 S. 648, 133 V 504 E. 4.2 mit Hinweisen).

7.2 Die vom 21. Juli 2020 datierende «Stellungnahme des Abklärungsdienstes hinsichtlich Invalidenrente» (IV-Nr. 38) ■ die weitestgehend einem Abklärungsbericht (vgl. oben) entspricht ■ wurde durch den Abklärungsfachmann G.____ erstellt. Es handelt sich bei ihm um eine fachlich dazu qualifizierte Person. Er liess der Beschwerdeführerin vorab den «Fragebogen zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit / Haushalt» zukommen. Die Beschwerdeführerin hatte diesen Fragebogen wahrheitsgetreu auszufüllen.

Demzufolge verfügte der Abklärungsfachmann über die erforderlichen Kenntnisse der örtlichen und räumlichen Verhältnisse. Der Fragebogen datiert vom 29. Juni 2020 (IV-Nr. 36). Auf ein Abklärungsgespräch vor Ort wurde indes verzichtet, was von der Beschwerdeführerin beanstandet wird (A.S. 31). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin kann auf eine Abklärung vor Ort und Stelle unter Angabe einer kurzen Begründung im Dossier verzichtet werden, wenn die persönlichen Verhältnisse der Beschwerdeführerin sowie die Auswirkungen des Gesundheitszustandes bereits genügend bekannt und aktenmässig belegt sind (vgl. Rz. 3600 KSIR). Diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall erfüllt. Eine Begründung fehlt zwar, aber es werden die medizinischen Akten und subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin auf dem Fragebogen in der entsprechenden Stellungnahme ausführlich wiedergegeben. Folglich waren dem Abklärungsfachmann die sich aus medizinischer Sicht ergebenden gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin bekannt. Daraus geht im Wesentlichen hervor, dass ein ständiger Schmerz in der rechten Hand bestehe, tlw. auch ein Zittern oder ein Aufschwellen der Hand; das Handgelenk weise einen feuerähnlichen Schmerz auf. Auch bei Bewegung habe die Beschwerdeführerin Einschränkungen. Bei psychischer Belastung nehme der Schmerz zu und die Hand verfärbe sich tlw. ■ versteifte Finger, Öffnen der Hand nicht machbar. Weiter gab die Beschwerdeführerin an, sie habe sich keine invaliditätsbedingten Hilfsmittel angeschafft. Die Auswirkung der Behinderung auf die Arbeitsfähigkeit im Haushalt könne durch technische Einrichtungen bzw. Hilfsmittel wie Messer, Schere oder Schreibeutensilien vermindert werden. Die Beschwerdeführerin sei bei der Gartenpflege eingeschränkt, da sie mit der rechten Hand keine Kraft mehr habe und diese nicht mehr richtig schliessen könne. Auch Handarbeiten könne sie nicht mehr ausführen. Und die Haustierhaltung sei bedingt möglich, da sich die Beschwerdeführerin alles auf links angewohnt habe und z.B. die Hunde an einem Gurt und nicht an der Hand führe.

Der Abklärungsfachmann G. ___ hielt sodann fest, die Beschwerdeführerin lebe mit ihrem Ehemann, der vollzeitlich erwerbstätig sei, im eigenen Haus (4.5 Zimmer) mit grossem Umschwung (Pool und Garten). Ihre Eltern lebten im selben Gebäude. Es sei dem Ehemann der versicherten Person, welcher ausserhäuslich vollerwerbstätig sei, zumutbar, 3 bis 4 Mal jährlich die Fenster zu reinigen, 2 bis 3 Mal wöchentlich Unterstützungen bei der gründlichen Reinigung der sanitären Anlagen inklusive Wohnung aufräumen und Hilfe bei der Wäsche und Kleiderpflege zu leisten (inklusive die Betten machen). Daneben habe er sich 1 bis 2 Mal pro Woche beim Grosseinkauf zu beteiligen (Einkaufsliste führen, Taschen tragen), 1 Mal täglich beim Anrichten einer warmen Mahlzeit mitzuhelfen (geschweige denn kalte Mahlzeiten zubereiten), sich täglich für kurze Zeit an Arbeiten rund ums Haus (im Winter bei der Schneeräumung) zu beteiligen und sich ■ sofern vorhanden ■ um die Haustiere zu kümmern. So gesehen sei im Aufgabenbereich Haushalt bei der Beschwerdeführerin für die Zeit ab April 2018 von einer Einschränkung von maximal 30 % und für die Zeit ab Januar 2020 von einer Einschränkung von maximal 20 % auszugehen. Somit wurden die familiären Verhältnisse und Möglichkeiten der familieninternen Mithilfe im Haushalt einbezogen und gewürdigt, wobei in diesem Zusammenhang auf die im Haushalt besonders bedeutsame Schadenminderungspflicht der Familienangehörigen hinzuweisen ist (vgl. BGE 141 V 642 E. 4.3.2 S. 468, 133 V 504 E. 4.2 S. 509 f.).

7.3 Zusammenfassend ist die «Stellungnahme des Abklärungsdienstes» vom 21. Juli 2020 in Bezug auf die Bemessung der Einschränkung im Haushalt überzeugend

ausgefallen. Er trägt den aus medizinischer Sicht festgestellten Beeinträchtigungen angemessen Rechnung. Die Einschätzung der Beeinträchtigung ist mit Blick auf die konkreten Verhältnisse plausibel. Es kann deshalb hinsichtlich der Haushaltstätigkeit auf die Invaliditätsbemessung im Abklärungsbericht abgestellt werden. Vor diesem Hintergrund ist die Stellungnahme vom 21. Juli 2020 in Bezug auf die Bemessung der Einschränkung im Haushalt als voll beweiskräftig anzusehen. Die Gesamteinschränkung beläuft sich somit ab April 2018 auf total 30 %, ab Januar 2020 sodann auf 20 %.

8. Nachfolgend ist auf den durch die Beschwerdegegnerin errechneten Invaliditätsgrad anhand der gemischten Berechnungsmethode einzugehen.

8.1 Die Anmeldung zum Leistungsbezug ging bei der Beschwerdegegnerin am 18. Juli 2018 ein (IV-Nr. 14). Der früheste Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG fällt somit auf den 1. Januar 2019. Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG war zu diesem Zeitpunkt noch nicht verstrichen (Beginn: 1. April 2018). Somit fällt der frühestmögliche Rentenbeginn auf den 1. April 2019, womit das in diesem Zeitpunkt ■ und somit vor dem 1. Januar 2022 ■ geltende Recht anwendbar ist (vgl. E. II. 2 hiervor).

Da sich per Januar 2020 eine gesundheitliche Veränderung bzw. veränderte Arbeitsfähigkeit präsentiert (vgl. E. II. 5.11 hiervor), ist unter Berücksichtigung der Dreimonatsregel gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV das Invalideneinkommen per 1. Mai 2020 neu zu berechnen.

8.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung des IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

8.3 Beim Einkommensvergleich werden in der Regel die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegen-übergestellt, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Soweit die fraglichen Einkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der Umstände im Einzelfall zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, vgl. BGE 128 V 29 E. 1 S. 30; Urteil des Bundesgerichts 9C_354/2021 vom 3. November 2021 E. 4.1). Validen- und Invalideneinkommen sind dabei auf zeitidentischer Grundlage zu erheben (BGE 129 V 222 E. 4.2 S. 224).

8.4 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (vgl. BGE 129 V 222 mit Hinweis) ■ hier ab 1. April 2019 bzw. ab 1. Mai 2020 (vgl. E. II. 8.1 hiervor) ■ nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Die Ermittlung des

Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.1).

Da die Beschwerdeführerin die zuletzt ab 3. September 2012 ausgeübte berufliche Tätigkeit als ungelernte Mitarbeiterin bei der Firma C.____ aus gesundheitlichen Gründen im April 2018 aufgeben musste (IV-Nr. 15), ist mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sie diese Arbeit im Gesundheitsfall weiterhin ausgeübt hätte. Für die Bestimmung des Valideneinkommens ist somit auf das in der Firma C.____ erzielte Erwerbseinkommen abzustellen. Gemäss dem IK-Auszug vom 27. August 2019 (IV-Nr. 19 S. 2 f.) erzielte die Beschwerdeführerin dort im Jahr 2016 das höchste Jahreseinkommen von total CHF 18'457.00. In den vorangehenden Jahren beliefen sich die Jahreseinkommen auf CHF 1'558.00 (2012), CHF 3'880.00 (2013), CHF 12'009.00 (2014), CHF 18'202.00 (2015) und in den Jahren danach auf CHF 17'661.00 (2017) und CHF 16'843.00 (2018). Hochgerechnet auf das hier massgebende Jahr 2019 («Nominallohnindex, Frauen 2011 - 2024», T1.2.10, «verarbeitendes Gewerbe / Herstellung von Waren», Ziff. 10 - 33, Frauen, 2016 - 2019 [: 105.6 x 108.1]), ist somit bei einem effektiv ausgeübten Arbeitspensum von durchschnittlich 35 % von einem Einkommen von CHF 18'894.00 auszugehen. Hochgerechnet auf ein 100%-Pensum (: 35 x 100) beträgt das Valideneinkommen somit CHF 53'983.00.

8.5 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein effektives Erwerbseinkommen gegeben, namentlich, weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung statistische Werte, insbesondere die Lohnstrukturerhebung (LSE) beigezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593 f.).

8.5.1 Eingehend auf die Zeit ab 1. April 2019 ergibt sich Folgendes: Da die Beschwerdeführerin im hier wesentlichen Zeitpunkt vom 1. April 2019 keine Erwerbstätigkeit ausübte, erzielte sie kein Einkommen. Folglich beträgt das Invalideneinkommen in diesem Zeitpunkt CHF 0.00. Dies hat die Beschwerdegegnerin zu Recht entsprechend ausgewiesen (A.S. 5).

8.5.2 Im Zeitpunkt vom 1. Mai 2020 wäre es der Beschwerdeführerin ab Januar 2020 möglich gewesen, einer angepassten Verweistätigkeiten im Rahmen von 65 % nachzugehen (vgl. E. II. 5.11 hiervor). Da sie indes keine effektive berufliche Tätigkeit ausübte, muss das Invalideneinkommen für die Zeit ab 1. Mai 2020 aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden. Gemäss LSE 2018, TA1_tirage_skill_level ist von einem monatlichen Bruttolohn für Frauen von CHF 4'371.00 auszugehen (LSE 2018 TA1_tirage_skill_level, Total, Frauen, Kompetenzniveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»). Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41,7 im Jahr hochzurechnen (CHF 4'276.00 x 12 [: 40 x 41,7] = CHF 54'681.20) und an den Nominallohnindex im Jahr 2020 anzupassen («Nominallohnindex, Frauen, 2011 - 2024», Total, [: 105.9 x 107.9]). Dies ergibt ein Jahreseinkommen von CHF 55'714.00. Unter Berücksichtigung eines möglichen Arbeitspensums von 65 % entspricht dies einem Invalideneinkommen von CHF 36'214.00.

Unter dem bis 31. Dezember 2021 geltenden Recht war es beim Invalideneinkommen praxismässig zulässig, vom nach Tabellenwerten ermittelten Durchschnittslohn Abzüge von bis zu 25 % vorzunehmen. Damit sollte der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale (wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und die versicherte Person ihre verbliebene Arbeitsfähigkeit deswegen auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 126 V 75 E. 5a/cc S. 78, E. 5b S. 79 und E. 5b/aa in fine S. 80). Vorliegend hat die Beschwerdeführerin im angefochtenen Entscheid einen maximalen Abzug vom Tabellenlohn von 25 % vorgenommen, der in der Folge unbestritten geblieben ist. Es ist daher nicht weiter darauf einzugehen. Das Invalideneinkommen beträgt somit ab 1. Mai 2020 CHF 27'160.50.

8.5.3 Für die Zeit ab 1. April 2019 bedeutet dies nun Folgendes: Bei einem Valideneinkommen von CHF 53'983.00 und einem Invalideneinkommen CHF 0.00 beträgt die Erwerbseinbusse CHF 53'983.00 und die Einschränkung somit 100 %. Gestützt auf die Annahme, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu 60 % im Erwerbsbereich (mit einer Einschränkung von 100 %) und zu 40 % im Haushalt (mit einer Einschränkung von 30 %) tätig wäre, ergibt sich in Anwendung der gemischten Berechnungsmethode ab 1. April 2019 ein Invaliditätsgrad von gerundet 72 %. Dieser Invaliditätsgrad berechtigt zum Bezug einer ganzen Invalidenrente (vgl. E. II. 8.1 hiervor).

Für die Zeit ab 1. Mai 2020 präsentiert sich Folgendes: Bei einem Valideneinkommen von CHF 53'983.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 27'160.50 beträgt die Erwerbseinbusse CHF 26'822.50 und die Einschränkung somit 49.7 %. Gestützt auf die Annahme, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu 60 % im Erwerbsbereich (mit einer Einschränkung von 49.7 %) und zu 40 % im Haushalt (mit einer Einschränkung von 20 %) tätig wäre, ergibt sich in Anwendung der gemischten Berechnungsmethode ab 1. Mai 2020 ein Invaliditätsgrad von gerundet 38 %. Dieser berechtigt nicht zum Bezug einer Invalidenrente (vgl. E. II. 8.1 hiervor).

8.6 Zusammenfassend hat die Beschwerdeführerin gestützt auf einen errechneten Invaliditätsgrad von 72 % vom 1. April 2019 bis 30. April 2020 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente.

9. Mit angefochtener Verfügung vom 6. August 2024 (A.S. 1 ff.) wurde auch der Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen verneint. In der Beschwerdeschrift vom 9. September 2024 (A.S. 9 ff.) wird die Gewährung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen, insbesondere eine Umschulung, verlangt (vgl. E. I. 2 Ziff. 2 hiervor, A.S. 30 f.). Da jedoch ■ wie oben aufgezeigt (vgl. E. II. 5.11 hiervor) ■ bei der Beschwerdeführerin, die ursprünglich die Lehre als Damenschneiderin absolviert hat (IV-Nrn. 4 S. 3, 7 S.), spätestens seit dem Zeitpunkt der Durchführung der rheumatologischen gutachterlichen Untersuchung vom 3. September 2022 (IV-Nr. 86.2 S. 109 ff.) sowohl in der zuletzt ausgeübten als auch in jeder vergleichbaren Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit besteht, sind die Voraussetzungen für eine Umschulung nicht gegeben. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdeführerin den Anspruch auf Umschulung abgewiesen hat. Weitere berufliche Massnahmen werden nicht geltend gemacht und sind auch nicht ersichtlich.

10. Damit ist die Verfügung vom 6. August 2024 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

11. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

12. 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. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

3. Die Beschwerdeführerin hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

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

Der Vizepräsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Küng

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