

# SO\_GERICHTE VSBES.2024.280 vom 30. April 2026

SO Obergericht, 2026-04-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2024.280](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2024.280)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2024.280 du 30 avril 2026

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2024.280 del 30 aprile 2026

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die 1971 geborene A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) meldete sich erstmals am 12. Januar 2017 (Eingang) unter Hinweis auf eine seit 30. August 2016, wahrscheinlich schon früher, bestehende, axiale Spondylarthritis bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 2).

1.2 Nach Einholen des Arbeitgeberfragebogens vom 18. Januar 2016 (IV-Nr. 9), der Akten der Kollektiv-Krankentaggeld-Versicherung B.\_\_\_\_ (IV-Nrn. 10.1 ■ 10.7, 13.1 ■ 13.3) und der medizinischen Akten (IV-Nr. 25), wurde ein bidisziplinäres Gutachten (Psychiatrie und Rheumatologie) eingeholt. Dieses wurde von Dr. med. C.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH, am 1. Juni 2018 erstattet (IV-Nrn. 22, 23.1 ■ 23.2, 24). Gestützt auf die anschliessende Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin Neurologie FMH, vom 13. September 2018 (IV-Nr. 27) wies die Beschwerdegegnerin die Ansprüche der Beschwerdeführerin auf berufliche Eingliederungsmassnahmen und eine Invalidenrente mit Verfügung vom 3. Dezember 2018 (IV-Nr. 34) ab. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

### E. 2

2.1 Am 31. Januar 2022 (Eingang) meldete sich die Beschwerdeführerin bei der Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf chronische Schmerzen und psychische Beeinträchtigungen seit circa 2016 und eine Verschlimmerung seit circa 2019 / 2020, erneut zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 38).

2.2 Gestützt auf die Aktennotiz von Dr. med. E.\_\_\_\_, RAD, vom 1. Februar 2022 (IV-Nr. 42) holte die Beschwerdegegnerin die Akten der B.\_\_\_\_ (IV-Nr. 48), den Auszug aus dem individuellen Konto der Ausgleichskasse des Kantons [...] vom 21. Februar 2022 (IV-Nr. 49) sowie den Arbeitgeberfragebogen vom 22. Februar 2022 (IV-Nr. 50) ein. Anschliessend fand am 23. Februar 2022 ein Intake-Gespräch statt (IV-Nr. 51). Mit Mitteilung vom 24. Februar 2022 (IV-Nr. 52) wurde der Beschwerdeführerin mitgeteilt, sie habe vorerst keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. Die Anspruchsvoraussetzungen würden nach Ablauf der Wartezeit von einem Jahr am 30. September 2022 geprüft.

2.3 Zu den anschliessend eingeholten medizinischen Akten (IV-Nrn. 59, 67 ff.) nahm Dr. med. E.\_\_\_\_, RAD, am 13. Juli 2023 Stellung (IV-Nr. 75 S. 3 ff.). Daraufhin liess die Beschwerdegegnerin ein polydisziplinäres Gutachten (Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie und Neurologie) erstellen, das am 8. Dezember 2023 von der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ erstattet wurde (IV-Nrn. 87.1 ■ 87.9). Mit Vorbescheid vom 24. Januar 2024 (IV-Nr. 92) wurde der Beschwerdeführerin die Abweisung ihrer

Leistungsbegehren auf berufliche Eingliederungsmassnahmen und eine Invalidenrente in Aussicht gestellt. Daran hielt die Beschwerdegegnerin trotz der am 28. Februar bzw. 5. April 2024 dagegen erhobenen Einwände (IV-Nrn. 96, 102), gestützt auf die Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. E. \_\_\_ vom 6. Mai 2024 (IV-Nr. 106 S. 2 ff.), mit Verfügung vom 17. September 2024 fest (Akten-Seite [A.S.] 1 ff.).

3. Dagegen lässt die Beschwerdeführerin am 21. Oktober 2024 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) Beschwerde erheben und die folgenden Rechtsbegehren stellen (A.S. 9 ff.):

1. Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 17. September 2024 sei vollumfänglich aufzuheben.

2. a) Es seien der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen (berufliche Massnahmen, Invalidenrente) nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 % zzgl. einem Verzugszins zu 5 % ab wann rechtens auszurichten.

b) Eventualiter: es sei die Beschwerdesache zu neuen medizinischen und beruflich-erwerbsbezogenen Abklärungen an die IV-Stelle Solothurn zurückzuweisen.

c) Subeventualiter: es sei ein medizinisches Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben.

3. Es seien durch das Gericht die Tonaufnahmen zu bestellen und zu überprüfen insbesondere mit Blick auf das Beweisthema der genügenden Deutschkenntnisse.

4. Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen.

5. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

U.K.u.E.F.

4. Mit Eingabe vom 9. Dezember 2024 (A.S. 28) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde.

5. Mit prozessleitender Verfügung vom 19. Dezember 2024 (A.S. 30) wird festgestellt, dass die verlangten Tonaufnahmen beim Gericht eingegangen seien und dem Vertreter der Beschwerdeführerin umgehend per WebTransfer zugestellt würden.

6. Die vom Vertreter der Beschwerdeführerin am 10. Januar 2025 (Eingang: 13. Januar 2025) eingereichte Kostennote (A.S. 31 ff.) geht mit Verfügung vom 13. Januar 2025 (A.S. 35) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

## **E. 7**

7.1 Mit prozessleitender Verfügung vom 16. Dezember 2025 (A.S. 36 f.) wird den Parteien mitgeteilt, es werde beabsichtigt, mit der Vorladungsverfügung zur beantragten öffentlichen Schlussverhandlung nach Art. 6 EMRK das Beweisverfahren zu schliessen.

7.2 Mit Eingabe vom 11. Februar 2026 (A.S. 45 f.) lässt die Beschwerdeführerin die Berichte von Dr. med. G. \_\_\_ vom 30. Januar 2026, von Dr. med. H. \_\_\_ vom 3. Dezember 2025 und von Dr. med. I. \_\_\_ vom 10. März 2025 einreichen (Beschwerdebeilage Nrn. 6 ■ 8).

7.3 Mit Vorladungsverfügung vom 2. März 2026 (A.S. 47 f.) geht eine Kopie der Eingabe der Beschwerdeführerin vom 11. Februar 2026 samt Beilagen zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin. Es wird festgestellt, dass die Beschwerdegegnerin innert Frist

keine weiteren Beweismittel eingereicht hat. Das Beweisverfahren wird geschlossen. Die Parteien werden zur öffentlichen Verhandlung auf den 30. April 2026, 09:00 Uhr, vorgeladen.

7.4 Mit prozessleitender Verfügung vom 2. April 2026 (A.S. 50) weist der Vizepräsident des Versicherungsgerichts darauf hin, dass das Beweisverfahren mit Verfügung vom 2. März 2026, Ziff. 4, geschlossen worden sei. Die Eingabe des Vertreters der Beschwerdeführerin vom 30. März 2026 resp. die Urkunde Nr. 9 wird daher nicht zu den Akten genommen und diesem retourniert.

7.5 Der Vertreter der Beschwerdeführerin reicht anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 30. April 2026 (vgl. Protokoll, A.S. 53 f.) eine ergänzende Kostennote ein.

8. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen.

## II.

### 1.

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

1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (hier: 17. September 2024) eingetreten ist (Miriam Lendfers, in: Ueli Kieser / Matthias Kradolfer / Miriam Lendfers [Hrsg.], Kommentar ATSG, 5. Auflage, Zürich, Genf 2024, Art. 61 ATSG N 90).

1.3 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechts-sätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, welche damals in Kraft standen.

### 2.

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

2.2 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 256 E. 4 S. 261).

3.

3.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]).

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

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

4. Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 194 E. 3.b S. 194 f.). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und gerichtliche Beschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, 122 V 157 E. 1c S. 160).

5. 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). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen

Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

6. Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 17. September 2024 (A.S. 1 ff.) die Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin auf berufliche Eingliederungsmassnahmen und eine Invalidenrente, gestützt auf einen IV-Grad von 17 % bzw. ab 1. Januar 2024 von 25 %, zu Recht abgewiesen hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im vorliegenden Verfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) ■ durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten leistungsabweisenden Verfügung ■ hier: 3. Dezember 2018 (IV-Nr. 34) ■ bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 17. September 2024 (A.S. 1 ff.).

7. Mit Verfügung vom 3. Dezember 2018 (IV-Nr. 34) wurden die Ansprüche der Beschwerdeführerin auf berufliche Eingliederungsmassnahmen und eine Invalidenrente gestützt auf einen errechneten IV-Grad von 4 % abgewiesen. Dabei stützte sich die Beschwerdegegnerin aus medizinischer Sicht im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten von Dres. med. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ vom 29. März 2018 bzw. 1. Juni 2018 (IV-Nrn. 22, 23.1 ■ 23.2, 24).

## **E. 8**

8.1 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 29. März 2018 (IV-Nr. 22) hielt Dr. med. C.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, fest, es lasse sich aus psychiatrischer Sicht keine Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizieren. Folgende Diagnosen seien ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 11):

Aufgrund der Tatsache, dass sich aus psychiatrischer Sicht keine Krankheit mit Krankheitswert diagnostizieren lasse, könne zu keinem Zeitpunkt eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit oder Verminderung der Leistungsfähigkeit weder in der aktuellen noch in einer alternativen Tätigkeit begründet werden. Obwohl sich aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen lasse, könnte die Beschwerdeführerin dennoch beim Aufarbeiten und Durcharbeiten von belastenden Konflikten von einer Gesprächstherapie profitieren. Eine Psychopharmakotherapie sei als nicht indiziert zu betrachten (S. 14).

8.2 Im rheumatologischen Teilgutachten vom 1. Juni 2018 (IV-Nr. 23.1) wies Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH, aufgrund der Untersuchung vom 12. März 2018 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus (S. 24 f.):

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien (S. 24 f.):

Die Beschwerdeführerin sei der Meinung, ihre Rückenschmerzen seien auf die Affektion des linken Kniegelenks zurückzuführen. Sicherlich habe eine Störung am Kniegelenk immer eine Auswirkung auf die Wirbelsäule, dies weil zeitweise die körperliche Aktivität durch die Einschränkung beim Gehen beeinträchtigt sei. Aktuell sei das linke Kniegelenk jedoch reizlos und dürfte die Wirbelsäulenproblematik nicht wesentlich beeinträchtigen (IV-Nr. 23.1 S. 32). Die bisherige Therapie sei lege artis erfolgt. Wichtig sei, dass die Beschwerdeführerin weiterhin die aktive Physiotherapie besuche, bzw. Heimübungen konsequent durchführe und nicht nur zwecks Kräftigung der Rumpfmuskulatur, sondern auch zwecks Kräftigung der Quadrizepsmuskulatur. In den Akten gebe es keine Angaben über eine schlechte Kooperation. Zumutbar sei der Beschwerdeführerin eine an ihr Leiden adaptierte Arbeit, wie diese in der gesamtmedizinischen Beurteilung beschrieben worden sei.

8.3 «Anlässlich der gemeinsamen interdisziplinären Beurteilung» vom 1. Juni 2018 (IV-Nr. 24) hielten die beiden Gutachter Dres. med. C. \_\_\_ und D. \_\_\_ Folgendes fest: Bei der Beschwerdeführerin bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Es bestünden lediglich Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Verdacht auf eine anhaltend somatoforme Schmerzstörung, akzentuierte ängstliche Persönlichkeitszüge und Status nach depressiver Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung. Rheumatologischerseits sei die Beschwerdeführerin wegen der Lendenwirbelsäule und dem linken Kniegelenk beeinträchtigt. Deshalb sei die bisherige Tätigkeit als Mitarbeiterin im Service, wo die Beschwerdeführerin ständig auf den Beinen sei, nicht mehr 100 % zumutbar. Sie benötige eine an die Wirbelsäule und an das linke Kniegelenk adaptierte Tätigkeit. Am besten wäre eine überwiegend sitzende Arbeit, wobei wegen der Beeinträchtigung mit der Wirbelsäule eine gewisse Wechselbelastung nötig sei. Weiter könne die Beschwerdeführerin keine schweren Lasten heben. Das Heben von mittelschweren Lasten sei ihr jedoch zumutbar, sofern dies nicht sehr häufig gefordert werde. Wegen der Affektion mit dem linken Kniegelenk sollten keine Arbeiten ausgeübt werden, bei denen die Beschwerdeführerin auf unebenem Gelände, oder häufig in die Hocke gehen müsse. Die gegenwärtige Arbeit sei der Beschwerdeführerin aktuell mindestens zu 60 % zumutbar und bei konsequentem Aufbautraining auf mindestens 70 % steigerungsfähig. Gesamtmedizinisch wäre idealer, wenn die Beschwerdeführerin eine an das Wirbelsäulen- und Knieleiden adaptierte Arbeit ausüben könnte. Diese Tätigkeit sollte eine leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit, mit Wechselbelastung sein, ohne Gehen auf unebenem Gelände und ohne häufiges Arbeiten in der Hocke. Diese Tätigkeit wäre der Beschwerdeführerin aus rein rheumatologischer Sicht bereits jetzt zu mindestens 80 % zumutbar und durch konsequente Aufbaugymnastik könnte die Arbeits-, bzw. Leistungsfähigkeit auf insgesamt 90 % gesteigert werden. Eine zusätzliche Beeinträchtigung aus psychiatrischer Sicht bestehe nicht.

9. In der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 17. September 2024 (A.S. 1 ff.) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle F. \_\_\_ vom 8. Dezember 2023 (Rheumatologie, Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie; IV-Nrn. 78.1 ■ 78.9), dessen Beweiswert nachfolgend zu prüfen ist.

Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) ausgewiesen (IV-Nr. 87.2 S. 1 f.):

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) seien:

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Serviceangestellte könne die Beschwerdeführerin 6 Stunden anwesend sein. Aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs wegen der Schmerzen bestehe eine 20%ige Einschränkung der Leistung. Die Arbeitsfähigkeit bzw. -unfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit, bezogen auf ein 100%-Pensum, betrage aktuell 50 %. Seit der letzten Begutachtung habe zunächst eine Arbeitsfähigkeit von 60 % Arbeitsfähigkeit (aus rheumatologischen Gründen) bestanden. Im August 2021 sei erstmalig die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung diagnostiziert worden, d.h. die Arbeitsfähigkeit von 50 % gelte seit August 2021 (IV-Nr. 87.2 S. 3).

Eine leichte überwiegend sitzende Tätigkeit mit Wechselbelastung, selten leicht- bis mittelschwerem Gewicht, ohne Gehen auf unebenem Gelände und ohne repetitives in die Hocke gehen, kauern, hinknien, Treppensteigen oder Leitern besteigen, mit Überkopfarbeiten, an einem ruhigen Arbeitsplatz mit flexiblen Arbeitszeiten und ohne Kundenkontakt, sei der Beschwerdeführerin zu sieben Stunden pro Tag mit einem um 10 % erhöhten Pausenbedarf aufgrund der Schmerzen, zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit betrage dabei 70 %. Seit der letzten Begutachtung habe zunächst eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (aus rheumatologischen Gründen) bestanden. Im August 2021 sei erstmalig die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung diagnostiziert worden, d.h. die Arbeitsfähigkeit von 70 % gelte seit August 2021 (IV-Nr. 87.2 S. 4).

In Bezug auf die Prüfung des Beweiswertes des Gutachtens gilt Folgendes: Das Gutachten stammt von unabhängigen Fachärzten der einschlägigen medizinischen Disziplinen, welche fachlich qualifiziert sind, die gesundheitliche Situation und die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu beurteilen. Zudem haben die Experten die Beschwerdeführerin zu ihren subjektiven Beschwerden, ihren Lebensumständen sowie ihrer Vorgeschichte befragt (IV-Nrn. 87.4 S. 2 ff., 87.5 S. 2 ff., 87.6 S. 2 ff., 87.7 S. 2 ff.), die objektiven Befunde erhoben (IV-Nrn. 87.4 S. 6 ff., 87.5 S. 5, 87.6 S. 5 ff., 87.7 S. 5 f.), Zusatzuntersuchungen durchgeführt (IV-Nrn. 87.8, 87.9) und die wesentlichen Akten zur Kenntnis genommen (IV-Nr. 87.3). Auf dieser Grundlage haben die einzelnen Experten sodann die medizinische Beurteilung vorgenommen und sich zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin geäußert (IV-Nrn. 87.4 S. 10 ff., 87.5 S. 7 ff., 87.6 S. 10 ff., 87.7 S. 10 ff.). In der «interdisziplinären Gesamtbeurteilung» gelangten die Experten sodann zu einer gemeinsamen Beurteilung (IV-Nr. 87.2), welche vor dem Hintergrund der objektivierbaren Befunde nachvollziehbar ist. Es ist nachfolgend auf die einzelnen Teilgutachten und deren Beweiswert einzugehen und zu prüfen, ob die dokumentierten medizinischen Akten diesen Beweiswert allenfalls zu schmälern vermögen:

9.1 Im rheumatologischen Teilgutachten der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2023 (IV-Nr. 87.4) wies Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie, folgende Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) aus (S. 12):

Rheumatologische Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) seien (S. 13):

Die rheumatologische Gutachterin leitete diese Diagnosestellungen gestützt auf die medizinischen Vorakten in überzeugender und nachvollziehbarer Weise her (S. 11 f.). So hielt sie u.a. fest, es liege keine entzündlich-rheumatische Grunderkrankung vor. Dies sei zuletzt im Jahr 2022 von der Praxis K.\_\_\_\_ umfassend abgeklärt worden. Rheumafaktor, CCP-Antikörper, HLA-B27 seien negativ getestet worden. Eine Synovia-Analyse aus dem linken Kniegelenk habe weder ein entzündliches Punktat noch Kristalle gezeigt.

Sonographisch habe zu diesem Zeitpunkt im Bereich der linken Schulter ebenfalls kein Hinweis auf eine Omarthritis oder eine Bursitis nachgewiesen werden können, bei Vorliegen von rezidivierenden Schulterschmerzen beidseits. Eine medial betonte Gonarthrose links habe sich bereits in Verbindung mit Chondrokalzinosis-Zeichen im Kniegelenk links gefunden. Ausserdem hätten in der Bildgebung bereits degenerative Veränderungen im Handbereich dargestellt werden können, ohne jedoch, dass Erosionen hätten gesehen werden können. Auch sonographisch habe sich im Handbereich im Juni 2022 kein Hinweis auf eine Synovitis oder eine Tendovaginitis gezeigt. Das Achsenskelett sowie die grossen und kleinen peripheren Gelenke präsentierten sich aktuell ohne wesentliche Funktionseinbussen oder Bewegungsdefizite. Es fehle eine Gelenkinstabilität genauso wie eine neuroradikuläre Ausfallsymptomatik. Die symmetrischen isometrischen Krafttests würden seitengleich ordentlich demonstriert bei eutrophem Muskelkorsett. Die seitenvergleichende Umfangmessung ergebe keine pathologische Differenz, sodass die längerfristige Schonung eines Armes oder Beines mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könne. Diesen Ausführungen kann gestützt auf den Bericht vom 20. Juni 2022 der Praxis K.\_\_\_\_ betreffend die rheumatologische Untersuchung vom 13. Juni 2022 (IV-Nr. 57 S. 7 ff.) gefolgt werden. Die damals festgestellten Befunderhebungen konnten anlässlich der gutachterlichen Untersuchung bestätigt werden. So weise gemäss Dr. med. J.\_\_\_\_ keines der Gelenke aktuell eine Rötung, Überwärmung, Ergussbildung oder Kapselschwellung auf. Die Laboranalyse zeige keine Erhöhung der Entzündungsparameter. In den aktuell durchgeführten Röntgenbildern werde ferner im Bereich des linken Gelenkes neben einer Gonarthrose und Retropatellararthrose eine ausgedehnte Chondrokalzinosis der Menisken beschrieben. Lumbal zeige sich eine Osteochondrose auf Höhe L5/S1 bei Spondylarthrosen distal lumbal. Im Handbereich würden ■ so die Gutachterin ■ erneut die bereits vorbeschriebenen Heberden- und Bouchardarthrosen beidseits beschrieben, aber auch eine mässige Arthrose im Karpometakarpalgelenk I links mehr als rechts, als Ausdruck einer beginnenden Rhizarthrose beidseits bei leicht degenerativen Veränderungen im STT-Gelenk linksbetont.

Auch die weitere Einschätzung der rheumatologischen Gutachterin, wonach zu prüfen sei, ob ein Fibromyalgiesyndrom gemäss den Kriterien des ACR vorliege (S. 12), ist nachvollziehbar. So beschreibe die Beschwerdeführerin einen Widespread-Pain, denn das Schmerzgeschehen konzentriere sich auf unterschiedliche Partien des Körpers, je nach Belastung oder Position oder aber auch je nach Tagesverfassung. Schmerzfreiheit kenne die Beschwerdeführerin nicht. Diesen gutachterlichen Einschätzungen kann gefolgt werden. So gab die Beschwerdeführerin im Rahmen der gutachterlichen Exploration u.a. an, unter Schmerzen (Nacken-, Rücken-, Zehen-, Knie-, Handschmerzen) zu leiden und generell keine Schmerzfreiheit zu haben (S. 3). Irgendwo sei immer etwas schmerzhaft. In diesem Zusammenhang sei gemäss der rheumatologischen Gutachterin ferner zu klären, ob eine Tagesmüdigkeit, Probleme beim Denken, Gedächtnisschwierigkeiten oder eine Morgenmüdigkeit nach nicht erholsamem Schlaf in erheblichem Ausmass vorlägen, genauso wie eine Depressivität, Unterbauchschmerzen und Kopfschmerzen. Kopfschmerzen würden von der Beschwerdeführerin auch angegeben. Sie habe Verdauungsbeschwerden, aber keine Bauchkrämpfe / -schmerzen. In den Akten werde zudem wiederholt von depressiven Phasen gesprochen. Wenn die Beschwerdeführerin schlecht geschlafen habe, aufgrund der Alpträume, die sie regelmässig habe, sei sie wegen des Schlafmangels tagsüber müde. Zu kognitiven Einschränkungen äussere sich die Beschwerdeführerin nicht. In ihrem Tagesablauf beschreibe sie, dass sie die meiste Zeit im

Liegen verbringe, fernsehend. Sie beschreibe nicht, dass sie tagsüber schlafen müsse. Hobbys würden von ihr nicht mehr ausgeführt. Sie sei früher gerne tanzen gegangen und habe gekocht. Diesen gutachterlichen Ausführungen kann gefolgt werden. So gab die Beschwerdeführerin im Rahmen der gutachterlichen Exploration zum «Tagesablauf» u.a. an (S. 5), zu unterschiedlichen Morgenzeiten zwischen 5.00 und 7.00 Uhr aufzustehen, zwei Tassen Kaffee zu trinken, eine Zigarette zu rauchen und sich dann wieder hinzulegen. Sie verbringe sehr viel Zeit tagsüber im Liegen und habe den Fernseher laufen. Der Fernseher sei für sie wie ein Familienersatz. Sie koche sich nichts, esse ein kaltes Brot am Abend oder in der Früh, auch mittags habe sie eher kein Essen. Wenn sie Termine habe, nehme sie diese natürlich schon wahr, ansonsten bleibe sie zuhause, liege und sehe fern. Wenn es ihr etwas besser gehe, dann kümmere sie sich um den Haushalt. Gegen 21.00 Uhr nehme sie ihre Schlaftablette Trittico und gehe gegen 23.00 Uhr ins Bett. Früher habe sie gerne getanzt und gekocht, zurzeit habe sie kein Hobby. Gestützt auf diese Angaben hielt die rheumatologische Gutachterin sodann in überzeugender Weise fest, die Beschwerdeschilderung der Beschwerdeführerin lasse insgesamt nicht an ein Fibromyalgiesyndrom denken, sondern an eine Problematik aus dem psychiatrischen Bereich. Für die Morgenmüdigkeit gebe es die Alpträume als Ursache, für manche der Beschwerden gebe es degenerative Prozesse als Ursache. Für die Kopfschmerzen werfe die Beschwerdeführerin selbst ein, dass vielleicht zu viele Schmerzmedikamente eingenommen würden und deswegen Kopfschmerzen ■ medikamenteninduziert ■ ausgelöst würden. Eine Hypermobilität könne nicht bestätigt werden, denn der Beighton-Score liegt bei 0 von 9 möglichen Punkten.

Auf dieser Grundlage vermag auch die weitere gutachterliche Beurteilung betreffend die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin einzuleuchten: So könne sie in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit seit der letzten Begutachtung im Jahr 2018 zu 8.5 Stunden pro Tag und einer Leistungsminderung von 40 % für Pausen und Entlastungsstellung anwesend sein. Insgesamt werde die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit, bezogen auf ein 100%-Pensum auf 60 % geschätzt (IV-Nr. 87.4 S. 14). Eine leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit mit Wechselbelastung, mit selten leicht- bis mittelschwerem Gewicht, ohne Gehen auf unebenem Gelände und ohne repetitives in die Hocke gehen, kauern oder hinknien sei möglich. Treppensteigen und Leitern besteigen sei ebenfalls nur nicht repetitiv möglich. Ein Überkopfarbeiten sei möglich. Eine solche angepasste Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin zu 8.5 Stunden pro Tag mit einer Leistungsminderung von 20 % für Pausen und Entlastungsstellungen möglich. Die Arbeitsfähigkeit betrage in einer solchen Tätigkeit seit dem letzten Gutachten im Jahr 2018 80 %.

In Bezug auf die medizinischen Vorakten hielt Dr. med. J.\_\_\_\_ fest, es könne den vorliegenden Befundberichten von rheumatologischer und orthopädischer Seite durchwegs gefolgt werden, insbesondere habe in der Vergangenheit wie auch aktuell keine entzündlich-rheumatische Grunderkrankung nachgewiesen werden können (S. 11). Diese Einschätzung ist nachvollziehbar. So sind keine, den Einschätzungen des rheumatologischen Teilgutachtens entgegenstehende medizinische Vorberichte ersichtlich.

9.2 Im internistischen Teilgutachten vom 4. Oktober 2023 (IV-Nr. 87.5) konnte Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, keine versicherungsmedizinisch relevanten Erkrankungen feststellen. Folgende Diagnosen seien ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit, S. 6):

Diese Diagnosestellungen vermögen unter Heranziehung der weitgehend unauffälligen Untersuchungsbefunde (S. 5) einzuleuchten: So befinde sich die Beschwerdeführerin in normalem Allgemein- und übergewichtigem Ernährungszustand. Gewicht 68 kg. Körpergrösse 166 cm (BMI 24.7 kg / m<sup>2</sup>). Haut: Unauffällig, normale Hautanhangsgebilde. Lymphknoten: Keine pathologischen palpabel. Kopf: Normale Kopfform, kein Meningismus, normale Mimik. Kein Klopf- und Druckschmerz der Kalotte, Nervenaustrittspunkte und Nasennebenhöhlen frei. Augen inspektorisch unauffällig mit prompter und regelrechter Reaktion auf Licht und Konvergenz, Augenmotilität unauffällig, Visusstörung durch Kontaktlinsen kompensiert, Gehör für Umgangssprache normal. Nasenatmung nicht behindert. Inspektion von Mund- und Rachenraum normal, Zunge nicht belegt, kein Foetor, saniertes Gebiss. Hals: Halsumfang 37 cm, Schilddrüse nicht vergrössert. Kreislaufsystem: Der Kreislauf sei kompensiert, keine Ödeme, keine Zyanose. Die peripheren Pulse palpabel, keine pathologischen Gefässgeräusche. Blutdruck beidseits 130 / 80 mmHg, Puls 72 / min, regelmässig. Herz: Aktion regelmässig, Töne rein. Thorax, Lunge: Symmetrisch gebaut, seitengleich beatmet. Umfang inspiratorisch 107 cm, expiratorisch 101 cm. Lunge: Sonorer Klopfeschall, Grenzen in normaler Lage, gut atemverschieblich, reines Vesikuläratmen, keine pathologischen Nebengeräusche. Abdomen: Bauchdecken weich, kein Druckschmerz, keine pathologischen Resistenzen, Bauchumfang auf Nabelhöhe 92 cm, Leber und Milz nicht vergrössert palpabel. Nierenlager beidseits frei.

Unter diesen Umständen ist nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin vom Gutachter sowohl in der zuletzt ausgeübten als auch in einer adaptierten Tätigkeit zu 8.5 Stunden pro Tag ohne Leistungseinschränkung ■ somit zu 100 % ■ arbeitsfähig geschätzt wurde (S. 7 f.).

Der Einschätzung des internistischen Gutachters betreffend die medizinischen Vorakten, wonach keine Diskrepanzen zur Aktenlage bestünden (IV-Nr. 87.5 S. 6) kann gefolgt werden. So verwies der die Beschwerdeführerin seit 2008 behandelnde Hausarzt Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, im Schreiben vom 22. August 2022 sowie im Verlaufsbericht vom 7. März 2023 (IV-Nrn. 59, 67 S. 45) im Wesentlichen auf die Dokumentation der Spezialisten vom Juni 2022 der Praxis K.\_\_\_\_ und auf die Berichte des M.\_\_\_\_. Es sind somit keine, den Beweiswert des internistischen Teilgutachtens schmälernde medizinische Vorberichte ersichtlich.

9.3 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 10. Oktober 2023 (IV-Nr. 87.6) hielt die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie N.\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit fest (S. 12):

Diagnose ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) sei:

Diese Diagnosestellungen vermögen aufgrund der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin sowie der gutachterlichen Einschätzungen einzuleuchten. So gab die Beschwerdeführerin im Rahmen der gutachterliche Exploration u.a. Folgendes an (S. 3): Sie leide unter einer Angststörung, könne sich nicht konzentrieren, fühle sich leer und behindert. Sie könne zu Hause nicht viel machen, sei einsam und allein. Die Symptomatik bestehe seit zwei Jahren und seit letztem Jahr könne sie keine Menschen mehr ertragen. Seit ihrer Kindheit leide sie unter Alpträumen. Sie habe immer Angst vor ihrem Vater gehabt, dies mache sie fertig. Seit sie von den Terminen zur Begutachtung wisse, habe sie vier Alpträume gehabt. Sie träume, sie sei eingesperrt und könne nicht atmen, es mache sie

fertig und sie schreie manchmal in der Nacht. Vor zwei Jahren habe sich ihr Neffe suizidiert, in diesem Moment sei alles in ihr hochgekommen. Ihr Vater sei Alkoholiker gewesen und habe sie und ihre Schwestern beschimpft (bei der Schilderung beginne die Beschwerdeführerin zu weinen). Sie habe selbst früher eine schwierige Ehe mit einem Alkoholiker gehabt, der sie geschlagen und sie habe umbringen wollen. Aufgrund dieser Ausführungen überzeugen die gutachterlichen Einschätzungen, wonach es bei der Beschwerdeführerin nach dem plötzlichen Suizid ihres Neffen vor zwei Jahren zu einer Exazerbation der Symptomatik sowie zur Aufnahme einer psychiatrischen Behandlung gekommen sei (S. 11). Es bestünden bei ihr länger als sechs Monate Schmerzen, die aufgrund einer somatischen Erkrankung entstanden seien. Es zeige sich ein ausgeprägtes Schonverhalten aufgrund der schmerzbezogenen Angst, zudem sei die Beschwerdeführerin sehr auf das Schmerzerleben fixiert und emotional belastet. Laut Einschätzung der psychiatrischen Gutachterin seien damit die diagnostischen Kriterien für eine «chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren» erfüllt. Daneben zeige sich eine depressive und ängstliche Symptomatik. Die Beschwerdeführerin zeige eine deprimierte Stimmung, einen Freudverlust, innere Unruhe, eine Grübelneigung, Schlafstörungen, einen verminderten Appetit sowie Konzentrationsstörungen und eine ängstliche Symptomatik. Bei Stress zeige sich eine Zunahme der Symptomatik, zudem bestünden bei der Beschwerdeführerin seit Jahren Alpträume. Da die depressive und ängstliche Symptomatik gleichermassen ausgeprägt sei und nicht die diagnostischen Kriterien für eine depressive oder Angststörung erfülle, könne gemäss ICD-10 die Diagnose «Angst- und depressive Störung gemischt» diagnostiziert werden. Nebenbefundlich könne noch eine spezifische Phobie vor Tunnel ohne Einschränkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert werden. Diese Diagnosestellungen leuchten auch aufgrund der festgestellten Untersuchungsbefunde ein (S. 6). So sei der formale Gedankengang auf die aktuelle Problematik eingeeengt gewesen. Es hätten sich in der Untersuchungssituation weder Wahngedanken, Halluzinationen noch illusionären Verkennungen gezeigt; auch anamnestisch ergäben sich keine Hinweise für diesbezügliche Auffälligkeiten. Die Beschwerdeführerin habe sich belastet und deprimiert gezeigt. Ferner hätten sich innere Unruhe sowie Insuffizienzgefühle gezeigt. Es habe keine Affektlabilität oder Affektinkontinenz bestanden. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei nicht beeinträchtigt gewesen. Die Beschwerdeführerin habe über sozialen Rückzug und Interessenverlust berichtet. Die Beschwerdeführerin sei von der Persönlichkeit her freundlich und offen gewesen. Es hätten sich Hinweise auf eine ängstliche Persönlichkeitsstruktur und auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsakzentuierung oder Persönlichkeitsstörung gezeigt. Unter diesen Umständen erscheint auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin plausibel (IV-Nr. 87.6 S. 13): So könne die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als Serviceangestellte zu 6 Stunden täglich anwesend sein. Dabei bestehe aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs wegen der Schmerzen eine um 20 % eingeschränkte Leistung. In der bisherigen Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 50 %. Im August 2021 sei erstmalig die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung diagnostiziert und aufgrund der Beschwerden eine Behandlung aufgenommen worden, seitdem bestehe die Einschränkung aufgrund der Symptomatik in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit. Eine der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit müsste folgende Merkmale aufweisen: Ruhiger Arbeitsplatz mit flexiblen Arbeitszeiten und keinen Kundenkontakt. Eine solche angepasste Tätigkeit wäre der Beschwerdeführerin zu 7 Stunden täglich möglich. Dabei bestehe eine 10%ige Leistungseinschränkung wegen des erhöhten Pausenbedarfs aufgrund der

Schmerzen. Somit betrage die Arbeitsfähigkeit 70 % und die Arbeitsunfähigkeit 30 %.

Unter dem Titel «Aktenwürdigung» (S. 10 f.) hielt die psychiatrische Gutachterin u.a. fest, im Bericht des M.\_\_\_\_ vom 20. August 2021 seien erstmalig eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine Angst- und depressive Störung gemischt diagnostiziert worden, sowie Albträume. Daneben seien noch diverse Z-Diagnosen aufgeführt worden. Die Diagnosen könnten gemäss psychiatrischer Gutachterin nachvollzogen werden. Eine Aussage zur Arbeitsfähigkeit finde sich nicht. Die oben genannten Diagnosen würden in einem weiteren Bericht vom 29. September 2021 wiederholt. Diesen Einschätzungen kann gefolgt werden. Somit ergeben sich aus den Berichten des M.\_\_\_\_ vom 20. August 2021 und 29. September 2021 (IV-Nrn. 40 S. 3 ff., 59 S. 13 ff.) keine den gutachterlichen Beurteilungen entgegenstehenden Feststellungen. Weiter ging die psychiatrische Gutachterin auf den Arztbericht des damaligen Psychiaters Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. März 2023 (IV-Nr. 69) ein (IV-Nr. 87.6 S. 11). Er stellte folgende Diagnosen: «Angst- und Depression gemischt», «Klaustrophobie» und «soziale Phobie» und wies eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % auch in einer angepassten Tätigkeit ab 18. März 2022 aus. Laut Einschätzung der psychiatrischen Gutachterin könnten die Diagnosen «Angst- und depressive Episode gemischt» und die «spezifische Phobie (Klaustrophobie)» zwar nachvollzogen werden, nicht jedoch die Diagnose der «sozialen Phobie» oder die 100%ige Arbeitsunfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit anhand dieser Diagnosen. So sei die Diagnose einer sozialen Phobie nicht begründet worden. Zudem habe der behandelnde Psychiater noch vermerkt, dass die Angstsymptomatik zum Teil schon seit Jahren bestehe. Die Beschwerdeführerin sei aber trotz dieser Ängste arbeitsfähig gewesen. Diese gutachterliche Einschätzung erscheint schlüssig. Somit vermögen weder die Berichte des M.\_\_\_\_ noch der Bericht von Dr. med. O.\_\_\_\_ den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens der Psychiaterin N.\_\_\_\_ zu verringern.

9.3.1 Es ist im Weiteren zu prüfen, ob die von der psychiatrischen Gutachterin N.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsfähigkeit von 70 % in einer adaptierten Tätigkeit im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfungen ebenfalls zu überzeugen vermag.

Grundsätzlich sind sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418). Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss dem Urteil BGE 141 V 281 soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern ■ wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung ■ besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

- 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3)
  - a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)
    - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)
    - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2)
    - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)
  - b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2)
  - c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3)
- 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4)
  - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1)
  - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich hielt die Gutachterin fest, da die depressive und ängstliche Symptomatik gleichermaßen ausgeprägt seien und nicht die diagnostischen Kriterien für eine depressive Störung oder Angststörung erfüllten, könne gemäss ICD-10 eine Angst- und depressive Störung gemischt diagnostiziert werden (IV-Nr. 87.6 S. 11).

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem psychiatrischen Gutachten zu entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin seit zwei Jahren in psychiatrischer Behandlung befinde und eine psychopharmakologische Therapie eingeleitet worden sei. Eine wesentliche Verbesserung der Symptomatik habe nicht erreicht werden können, es zeige sich aufgrund der seit Jahren bestehenden Schmerzen und der psychosozialen Belastungsfaktoren eine chronifizierte Symptomatik. Aufgrund der bereits chronifizierten Symptomatik sollte die psychiatrische Behandlung fortgeführt werden, zudem sollte eine psychotherapeutische Behandlung eingeleitet werden, um eine weitere Verschlimmerung der Symptomatik zu verhindern. Zur Aufrechterhaltung der Tagesstruktur wäre bspw. auch eine tagesklinische Behandlung zu empfehlen (IV-Nr. 87.6 S. 12).

Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 am Ende S. 430). Diesbezüglich führte die psychiatrische Gutachterin aus, bei der Beschwerdeführerin bestünden länger als sechs Monate Schmerzen, die aufgrund einer somatischen Erkrankung entstanden seien. Es zeige sich ein ausgeprägtes Schonverhalten aufgrund der schmerzbezogenen Angst, zudem sei die Beschwerdeführerin sehr auf das Schmerzerleben fixiert und emotional belastet (S. 11). Es

besteht somit eine Komorbidität in Bezug auf die Schmerzproblematik der Beschwerdeführerin, die sich ressourcenhemmend auswirkt.

Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Diesbezüglich ist dem Gutachten zu entnehmen, dass die mit fünf Schwestern aufgewachsene Beschwerdeführerin in der [...] geboren sei. Ihr Vater, Maurer, sei Alkoholiker gewesen. Vor ihm habe sie Angst gehabt. Sie sei durch ihn geschlagen worden. Ihre Mutter sei Hausfrau gewesen und habe in einer Fabrik gearbeitet. Sie sei ein guter Mensch gewesen, aber habe für die Beschwerdeführerin nicht viel Zeit gehabt. Sie sei in armen Verhältnissen aufgewachsen. So hätten weder eine Heizung noch Wasser gehabt. Mit ihren Schwestern habe sie sich gut verstanden. Bis heute bestehe ein guter Kontakt zu den Schwestern. Sie würden miteinander schreiben. Im Jahr 2008 sei die Beschwerdeführerin in die Schweiz eingereist. Sie sei insgesamt zweimal verheiratet gewesen, ihr erster Mann (noch in der [...]) sei alkoholkrank gewesen und habe sie geschlagen. Auch die Partnerschaften nach der Trennung seien nicht glücklich gewesen. Sie habe 2011 erneut geheiratet, sei jedoch mittlerweile getrennt, aber sie verstünden sich gut. Ihr Mann wohne zeitweise bei ihr und unterstütze sie. Die Beschwerdeführerin lebe allein in einer 3.5-Zimmer Wohnung, erhalte Sozialgeld, es bestünden keine Schulden. Sie habe keine Familie in der Schweiz. Die Beschwerdeführerin stehe morgens zwischen 6.00 und 8.00 Uhr auf, lege sich dann wieder für 30 Minuten hin, trinke Kaffee, wasche sich, esse eine Kleinigkeit. Vormittags nehme sie Termine beim Arzt wahr. Der TV laufe den ganzen Tag, damit sie sich nicht allein fühle oder sie höre beruhigende Musik. Sie esse mittags nichts. Am Nachmittag putze sie etwas, schaue TV (romantische Filme). An guten Tagen koche sie etwas. Abends schaue sie TV. Gegen 21.00 Uhr nehme sie ihre Tabletten und gehe zwei Stunden später schlafen. Sie habe keine Hobbys, sie schaue gern TV und romantische Filme. Den Haushalt mache sie allein, ihr (von ihr getrennter) Mann helfe beim Einkauf. Sie habe keinen Fahrausweis, fahre mit öffentlichen Verkehrsmitteln, wobei sie nur ungern mit dem ÖV fahre und dann immer Ohrenschützer trage. Im Oktober 2022 sei sie in der [...] gewesen und habe ihre Schwester besucht (IV-Nr. 87.6 S. 4 f.). Sie sei acht oder neun Jahre in der [...] zur Schule gegangen, habe keine Berufsausbildung, keinen Militärdienst geleistet und übe kein Ehrenamt aus. Nach der Einreise in die Schweiz im Jahr 2008 habe sie im Service gearbeitet. Zuerst sei sie ein Jahr als Bardame tätig gewesen und habe später in einem Bistro im Service gearbeitet, dort sei ihr gekündigt worden. Sie habe dann zwei Jahre im Restaurant zu 60 % gearbeitet und sei wieder retour ins Bistro gegangen. Dort habe sie zuerst zu 100 % und ab 2016 zu 60 % gearbeitet. Im Jahr 2021 sei ihr wegen Krankheit gekündigt worden. Seit August 2021 sei sie wegen der Schmerzen im Rücken und in den Armen krankgeschrieben. Sie sei teilweise vor Kunden explodiert, der

Stress und die Belastung seien ihr zu viel gewesen. Die Gutachterin führte als Ressourcen die jahrelange berufliche Tätigkeit, gute Sprachkenntnisse, sowie die Unterstützung durch den Ehemann auf. Es wurden folgende Belastungen angegeben: Keine Ausbildung, höheres Arbeitnehmeralter, lange Arbeitsabstinenz, wenig soziale Kontakte in der Schweiz, chronische Erkrankung, unsichere finanzielle Situation. In Anlehnung an das Mini-ICF bestünden bei der Beschwerdeführerin aufgrund der Schmerzen eine verminderte Stresstoleranz sowie eine schnellere Erschöpfbarkeit, die eine Einschränkung in Bezug auf die Flexibilität- und Umstellungsfähigkeit und der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit begründeten (IV-Nr. 87.7 S. 12). Bei der Beschwerdeführerin finden sich somit insgesamt auch positive Ressourcen.

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Diesbezüglich ist auf das zuvor unter der Kategorie «funktioneller Schweregrad» Gesagte zu verweisen. Es sind folglich durchaus Einschränkungen ersichtlich und es kann vom Vorliegen einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus ausgegangen werden.

Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich hielt die psychiatrische Gutachterin fest, die Beschwerdeführerin befinde sich seit zwei Jahren in psychiatrischer Behandlung und es sei eine psychopharmakologische Therapie eingeleitet worden (IV-Nr. 87.7 S. 12). Der Leidensdruck seitens der Beschwerdeführerin ist somit ausgewiesen.

9.3.2 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Teilgutachten vom 10. Oktober 2023 (IV-Nr. 87.6) genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich damit die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen als hinreichend ausgewiesen. Ebenso vermag im Lichte der vorangehenden Ausführungen die gutachterliche Verlaufsbeurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu überzeugen (S. 13). Demnach bestehe seit der erstmalig diagnostizierten chronischen Schmerzstörung und der aufgrund der Beschwerden aufgenommenen Behandlung im August 2021 die Einschränkung in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit.

9.4 Im neurologischen Teilgutachten vom 27. Oktober 2024 (IV-Nr. 87.7) konnte Dr. med. P.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, weder Diagnosen mit noch solche ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit feststellen. Diese Einschätzung vermag aufgrund der entsprechenden gutachterlichen Ausführungen einzuleuchten: So hielt die Gutachterin in nachvollziehbarer Weise fest (IV-Nr. 87.7 S. 8), dass in der Zusammenschau aller Befunde aus Anamnese, neurologischer Untersuchung und unter Hinzuziehung der Befunde in den Akten auf neurologischem Gebiet keine Diagnose gestellt werden könne. Der neurologische

Status sei regelrecht. Die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden könnten keinem umschriebenen neurologischen Krankheitsbild zugeordnet werden. Insbesondere fänden sich keine Hinweise für eine Radikulopathie, Plexusläsion oder andersartige umschriebene Nervenschädigung. Ein Gesundheitsschaden liege auf neurologischem Gebiet nicht vor (S. 8). Diese Ausführungen überzeugen aufgrund der im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung festgestellten, sich weitgehend als unauffällig präsentierenden, Befunde (S. 5). So wurde hierzu u.a. Folgendes festgehalten: Hirnnervenstatus: Kein Klopfeschmerz über Schädelkalotte beidseits, kein Druckschmerz über Nervenaustrittspunkten beidseits, Pupillen seitengleich isokor, normale Reaktion auf Licht, keine Augenmuskelparesen, keine Sensibilitätsstörungen im Gesicht, keine Sprach-, Sprech- oder Schluckstörungen, Zungenmotilität intakt. Reflexstatus: Muskeleigenreflexe seitengleich normal erhältlich. Sensibilität: Oberflächen- und Tiefensensibilität seitengleich unauffällig. Zehen- und Hackengang seitengleich unauffällig, die Prüfung der einzelnen Muskeln habe jeweils Kraftgrad 5 ergeben. Trophik: Keine Auffälligkeiten. Tonus: Normaler Muskeltonus. Koordination: Romberg-■scher Stehversuch auch nach Augenschluss sicher. Eudiadochokinese beidseits. Zeigeversuche nicht ataktisch. Gefässstatus: Fusspulse beidseits tastbar. Vegetativum: Unauffällig. Gestützt auf diese Befunderhebungen vermag sodann auch einzuleuchten (S. 9), dass die Beschwerdeführerin sowohl in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit je zu 8.5 Stunden pro Tag ohne Leistungseinschränkung anwesend sein könne (100%ige Arbeitsfähigkeit).

Dr. med. P.\_\_\_\_ setzte sich sodann auch mit den medizinischen Vorakten auseinander (IV-Nr. 87.7 S. 7 f.). Dabei ging sie zunächst auf den handschriftlich ausgefüllten «ärztlichen Erstbericht» von Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt Wirbelsäulenchirurgie, Spital R.\_\_\_\_, vom 5. Dezember 2016, zuhanden der B.\_\_\_\_ (IV-Nr. 48 S. 95 ff.) sowie auf den MRI-Bericht vom 2. September 2017 (IV-Nr. 23.2 S. 1) ein. Die neurologische Gutachterin führte diesbezüglich in überzeugender Weise aus, es handle sich hier um kernspintomographische Befunde. Aufgrund der Anamnese und der neurologischen Untersuchung fänden sich klinisch keine Hinweise für eine Radikulopathie L5/S1 beidseits. Diesen gutachterlichen Einschätzungen kann gefolgt werden. So haben sich bei der gutachterlichen Untersuchung ■ wie oben dargelegt ■ unauffällige Befunde gezeigt.

Eingehend auf den Bericht des M.\_\_\_\_ vom 20. August 2021 (IV-Nr. 40 S. 3 ff.) hielt die neurologische Gutachterin in nachvollziehbarer Weise Folgendes fest: Nach den Ergebnissen der aktuellen neurologischen Begutachtung könne nachvollzogen werden, dass keine neuropathischen Schmerzen vorlägen, da keine Nervenschädigung bestehe. Damit bestätigte Dr. med. P.\_\_\_\_ die im Bericht vom 20. August 2021 im Rahmen der neurologischen Untersuchung enthaltene Feststellung, wonach kein Hinweis auf das Vorliegen eines neuropathischen Schmerzes habe gefunden werden können (IV-Nr. 40 S. 3). Demgegenüber könnten ■ so die neurologische Gutachterin ■ die im damaligen Bericht lediglich als Verdachtsdiagnose ausgewiesenen Spannungskopfschmerzen nicht bestätigt werden. Auch dieser gutachterlichen Einschätzung kann gefolgt werden. So habe die Beschwerdeführerin bei der gutachterlichen Exploration pulsierende Kopfschmerzen im Nacken / Hinterkopf beklagt (IV-Nr. 87.7 S. 3). Bei Spannungskopfschmerzen handelt es sich demgegenüber im Wesentlichen um dumpfe, drückende Kopfschmerzen (vgl. <https://www.usz.ch/krankheit/kopfschmerzen/>, zuletzt besucht am 15. April 2026). Somit präsentieren sich die von der Beschwerdeführerin angegebenen bzw. beklagten

Kopfschmerzen nicht als Spannungskopfschmerzen.

Gestützt auf die vorangehenden Ausführungen vermag auch die weitere Einschätzung von Dr. med. P.\_\_\_\_ betreffend den Bericht des M.\_\_\_\_ vom 29. September 2021 (IV-Nr. 59 S. 15 ff.) einzuleuchten, wonach die Kriterien für eine Migräne ohne Aura und / oder Spannungskopfschmerzen nach den Ergebnissen der aktuellen neurologischen Begutachtung nicht erfüllt seien.

Der Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens wird somit durch die vorangehenden medizinischen Akten nicht verkleinert.

9.5 Insgesamt ist das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2024 beweiswertig. So vermögen die vorangehenden medizinische Akten dessen Beweiswert nicht zu schmälern. Dies hielt auch die RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin Neurologie FMH, in ihrer Stellungnahme vom 6. Mai 2024 (IV-Nr. 106 S. 2 ff.) entsprechend fest. So führte sie aus, das vorliegende Gutachten sei in Kenntnisnahme der Vorakten erstellt worden. Abweichende Beurteilungen in den Vorakten seien diskutiert worden. Die fachärztlichen Untersuchungen seien ausführlich und die diagnostischen Beurteilungen nachvollziehbar. Die Schlussfolgerungen betreffend Arbeitsfähigkeit seien begründet, die massgeblichen Indikatoren berücksichtigt worden.

9.6 Es stellt sich die Frage, ob der Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens der Gutachtenstelle F.\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2024 allenfalls durch die zeitlich nachfolgend verfassten medizinischen Akten in Frage gestellt wird. Diesbezüglich ist sowohl auf den Bericht der Ganzkörper-Skelettszintigrafie des Spitals S.\_\_\_\_, Institut für Medizinische Radiologie (IMR), vom 27. März 2024, als auch auf die «Stellungnahme Arztbericht» von Dr. med. T.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 8. Oktober 2024 sowie die mit Eingabe vom 11. Februar 2026 eingereichten Berichte von Dres. med. I.\_\_\_\_, H.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ vom 10. März 2025, 3. Dezember 2025 und 30. Januar 2026 einzugehen.

9.6.1 Die am 27. März 2024 im Spital S.\_\_\_\_, Institut für Medizinische Radiologie (IMR), durchgeführte Ganzkörper-Skelettszintigrafie vom 27. März 2024 (IV-Nr. 102 S. 5, Beschwerdebeilage Nr. 4) wurde wie folgt beurteilt: «Rhizarthrose links. Wenig ausgeprägte Omarthrosen beidseits. Ansonsten regelrechte Verteilung der knochenaffinen Substanz im gesamten Achsenskelett.». Gemäss Stellungnahme von Dr. med. E.\_\_\_\_, RAD, vom 6. Mai 2024 (IV-Nr. 106 S. 4) habe die Skelettszintigraphie vom 27. März 2024 eine erhöhte Stoffwechselaktivität am linken Handgelenk und in beiden Schultergelenken ergeben, vereinbar mit wenig ausgeprägten Arthrosen in beiden Schultergelenken und im Daumen Grundgelenk. Aus den Vorbefunden und konventionellen Untersuchungen sei ein ausgedehntes degeneratives Gelenksleiden (Polyarthrose) bekannt, was sich auch in der Diagnoseliste zeige. So sei die Rhizarthrose bekannt, die Omarthrosen seien hingegen bisher nicht als separate Diagnose geführt worden. Die klinische Untersuchung im Rahmen der Begutachtung habe keinerlei Bewegungseinschränkungen von Seiten der Schultern ergeben, auch habe die Beschwerdeführerin keine schulterspezifischen Beschwerden genannt. Für die Beurteilung der Auswirkung eines Befundes auf die Arbeitsfähigkeit sei ■ so die RAD-Ärztin ■ immer die Symptomatik und der klinische Befund und nicht der radiologische Befund entscheidend. Diesen Einschätzungen kann gefolgt werden. So klagte die Beschwerdeführerin im Rahmen der rheumatologischen Begutachtung vom 26. Oktober 2023 über Kopf-, Nacken-, Rücken-, Zehen-, Knie- und Handschmerzen (IV-Nr. 87.4 S. 3). Zudem wurden zum «Schultergürtel und obere Extremitäten» u.a. folgende

Untersuchungsbefunde erhoben (S. 8): Armbogen komplett, Nackengriff symmetrisch bis C7, Schürzengriff symmetrisch bis Th6. Die Impingement-Testung sei beidseits unauffällig, kein Hinweis auf glenohumerale Instabilitäten, Hawkins und Neer negativ beidseits, die Horizontaladduktionstestung beidseits negativ. Die Rotatorenmanschettenfunktionstests seien ebenfalls beidseits regelrecht durchführbar, inklusive Bizeps- und Trizepstestung beidseits. Die symmetrischen Krafttests würden seitengleich ordentlich demonstriert, dabei entstehe kein Schmerz. Lediglich beim Jobe-Test entwickle die Beschwerdeführerin links im Oberarm und Schulterblattbereich Schmerz, der in den linken Arm ausstrahle, gebe sie an. Keine Scapula alata, keine Druckdolenz im Bereich der Sulcus bicipitalis beidseits und auch nicht im Acromioclaviculargelenksbereich beidseits. Aktuell sei keine Rötung und keine Überwärmung beidseits tastbar. Aussen- / Innenrotation 90/0/40° beidseits, Abduktion / Adduktion 180/0/40° beidseits, Retro- / Anteversion 50/0/180° beidseits. Da sich somit einzig beim durchgeführten Jobe-Test ein Schmerz präsentierte, die übrigen Testungen indes negativ ausgefallen sind und die Beschwerdeführerin auch nicht über spezifische Schulterschmerzen klagte, kann den Ausführungen und Beurteilung der RAD-Ärztin gefolgt werden, wonach sich bei der klinische Untersuchung im Rahmen der Begutachtung keine Bewegungseinschränkungen von Seiten der Schultern ergeben hätten. Folglich vermag der Bericht «Ganzkörper-Skelettszintigrafie vom 27. März 2024» den Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2023 nicht zu verringern.

9.6.2 Es ist im Weiteren auf die durch die Beschwerdeführerin mit Beschwerdeschrift vom 21. Oktober 2024 (A.S. 9 ff.) eingereichte «Stellungnahme Arztbericht» vom 8. Oktober 2024 (Beschwerdebeilage Nr. 5) einzugehen. Diese wurde durch die die Beschwerdeführerin seit 29. Februar 2024 behandelnde Dr. med. T.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattet. Es ist vorab darauf hinzuweisen, dass diese Stellungnahme erst nach dem hier massgebenden Zeitpunkt vom 17. September 2024 (vgl. E. II. 1.2 hiervor) verfasst wurde. Dennoch ist auf den entsprechenden Bericht einzugehen, da sich dieser auf den im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 17. September 2024 zu beurteilenden Zeitraum bezieht. So befinde sich die Beschwerdeführerin seit 29. Februar 2024 bei Dr. med. T.\_\_\_\_ alle drei bis vier Wochen in einzelspsychotherapeutischer Behandlung. Die letzte Kontrolle habe am 8. Oktober 2024 stattgefunden. Es wurden folgende Diagnosen ausgewiesen:

Da diese Diagnosestellungen nicht in nachvollziehbarer und überzeugender Weise hergeleitet werden, kann ihnen nicht gefolgt werden. So ist der Stellungnahme bspw. nicht zu entnehmen, weshalb von einer PTBS ausgegangen wird. Die behandelnde Psychiaterin hielt in diesem Zusammenhang einzig fest, es seien während der Behandlung Symptome einer PTBS aufgetreten ■ emotionale Bindungstrauma, ausgelöst durch schwierige Partnerschaftsbeziehungen, in Verbindung mit Existenzängsten (S. 7). Die sozialphobischen Ängste könnte man als Ausdruck der Veränderungen im Rahmen von der komplexen PTBS ansehen, eingehend mit Misstrauen, Zwanghaftigkeit, emotionalen Abhängigkeit, sozialem Rückzug und zum Teil andauernden Persönlichkeitsveränderungen und auch die Diagnose «spezifische Phobien (Klaustrophobie)» könne ebenfalls im Zusammenhang mit der Grunddiagnose ■ komplexe PTBS ■ angesehen werden. Aufgrund der gewählten Formulierungen der behandelnden Psychotherapeutin handelt es sich bei diesen Einschätzungen eher um Vermutungen. Dies trifft auch auf ihre weitere Einschätzung betreffend die im psychiatrischen Teilgutachten der Gutachterstelle F.\_\_\_\_

ferner gestellte Diagnose «Angst und Depression gemischt» zu. So hielt Dr. med. T.\_\_\_\_ ferner fest, die für diese Diagnose gekennzeichneten Symptome könnte man auch im Rahmen der Grunddiagnose ansehen. Insgesamt erscheinen die Einschätzungen von Dr. med. T.\_\_\_\_ somit eher vage. Es ist somit davon auszugehen, dass es sich bei der Diagnosestellung von Dr. med. T.\_\_\_\_ betreffend die «komplexe PTBS» einzig um eine andere Beurteilung des im Wesentlichen gleichen Sachverhalts handelt, wie er sich bereits im Rahmen der gutachterlichen psychiatrischen Beurteilung vom 10. Oktober 2024 präsentierte. Dr. med. T.\_\_\_\_ setzte sich mit dem entsprechenden Teilgutachten und den darin festgestellten Diagnosen nicht in substantzierter Weise auseinander: So führte sie unter dem Titel «Stellungnahme zum Gutachten vom 10. Oktober 2023, Psychiatrie und Psychotherapie, Frau N.\_\_\_\_, Polydisziplinäres Gutachten» lediglich die anlässlich ihrer Behandlung eruierten Befunde auf. Ein konkreter Bezug zum psychiatrischen Teilgutachten findet sich indes nicht (S. 8). Unter diesen Umständen vermag auch die weitere Einschätzung von Dr. med. T.\_\_\_\_ betreffend die ebenfalls nicht weiter begründete 100%ige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht zu überzeugen. Es bleibt an dieser Stelle auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, wonach behandelnde Ärzte wegen ihrer auftragsrechtlichen Stellung mitunter im Zweifelsfall eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.4 ff. S. 469 ff., 125 V 351; vgl. ferner Urteil des Bundesgerichts 8C\_385/2023 vom 30. November 2023 E. 4.2.2).

Der Bericht von Dr. med. T.\_\_\_\_ vom 17. September 2024 vermag somit den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ vom 10. Oktober 2023 nicht zu verringern.

9.6.3 Der Hausarzt Dr. med. G.\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 30. Januar 2026 (Beschwerdebeilage Nr. 6) u.a. fest, bei der Beschwerdeführerin stünden intensive muskuloskelettale Schmerzen im Vordergrund. Es sei lediglich die arthrotische Veränderung am linken Knie (zustand nach Unfall vor Jahren), wo radiologisch bzw. bildgebend eine strukturelle Veränderung / Pathologie dargestellt werden könne. Die oftmals sehr intensiven anderen Schmerzen müssten im Rahmen von funktionellen Störungen beschrieben werden. Hierzu werde auf die Spezialberichte der Neurologie und Rheumatologie verwiesen. Diese Ausführungen vermögen an den gutachterlichen Einschätzungen keine Zweifel zu wecken. So wurde die Schmerzproblematik durch die Beschwerdeführerin bereits im Rahmen der Begutachtung beschrieben und von den Gutachterpersonen entsprechend diskutiert und gewürdigt (vgl. E. II. 9 hiavor). Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass sich Dr. med. G.\_\_\_\_ nicht weiter mit den im Bericht aufgeführten Diagnosestellungen befasste und sie auch nicht in überzeugender Weise herleitete, weshalb diese nicht zu überzeugen vermögen. Es ist daher nicht weiter darauf einzugehen.

Somit wird der Beweiswert des Gutachtens der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2023 durch den Bericht des Hausarztes vom 30. Januar 2026 nicht in Zweifel gezogen.

9.6.4 Im Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, vom 3. Dezember 2025 (Beschwerdebeilage Nr. 7) betreffend die Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 3. Dezember 2025 wurden folgende Diagnosen aufgeführt: «1. Episodische Sensibilitätsstörungen an den rechten Extremitäten seit 6 Monaten; 2. Mittelschweres sensomotorisches Karpaltunnelsyndrom rechts». Die Beschwerdeführerin habe seit einem halben Jahr eine intermittierende Taubheit am rechten Oberschenkel sowie am rechten Arm unter Beteiligung aller Finger, es bestehe auch eine nächtliche Brachialgie, sie sei

Rechtshänderin, die Kraft sei an der rechten Hand eingeschränkt. Sie habe auch obere und untere Rückenbeschwerden, das Körpergewicht habe abgenommen, Sehen und Wasserlösen seien normal. Somit geht Dr. med. H.\_\_\_\_ von einem seit ungefähr Juli 2025 veränderten Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht aus. Aufgrund der Tatsache, dass im vorliegenden Fall auf denjenigen Sachverhalt abzustellen ist, wie er sich im hier massgebenden Zeitpunkt vom 17. September 2024 präsentierte (vgl. E. II. 1.2 hiervor), hat dies indes im vorliegenden Fall indes unberücksichtigt zu bleiben. Es sind denn auch keine Anhaltspunkte ersichtlich, die auf eine allfällige neurologische gesundheitliche Veränderung vor dem 17. September 2024 schliessen lassen würden.

Folglich wird der Beweiswert des Gutachtens der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ durch den Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 3. Dezember 2025 nicht in Zweifel gezogen.

9.6.5 Eingehend auf den Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_, Rheumatologie FMH, vom 10. März 2025 (Beschwerdebeilage Nr. 8) betreffend die konsiliarische Beurteilung der Beschwerdeführerin ergibt sich Folgendes: Dr. med. I.\_\_\_\_ hielt zusammenfassend fest, insgesamt könne das Ausmass der angegebenen Beschwerden objektiv nicht ausreichend erklärt werden, sodass von einer chronischen Schmerzstörung auszugehen sei. Im Vergleich zum polydisziplinären Gutachten der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2023 präsentiert sich somit keine wesentliche Veränderung. Der Rheumatologe Dr. med. I.\_\_\_\_ bestätigt vielmehr die bereits im Gutachten ausgewiesene Diagnose einer «chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)».

Damit vermag der Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 10. März 2025 am Beweiswert des Gutachtens der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2023 keine auch nur geringen Zweifel zu erwecken.

9.6.6 Insgesamt vermögen die nach dem Gutachten der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2023 verfassten medizinischen Akten dessen Beweiswert nicht in Frage zu stellen.

9.7 Nachfolgend ist auf die durch die Beschwerdeführerin gegen das Gutachten der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2023 vorgebrachten Einwände einzugehen:

9.7.1 Die Beschwerdeführerin stellt sich im Wesentlichen auf den Standpunkt (A.S. 14), ihre Muttersprache sei [...] und nicht Deutsch. Es habe sich anlässlich der Besprechung mit ihr gezeigt, dass sie sich nicht immer gut auf Deutsch ausdrücken könne. Dies zeige auch die Auswertung der Tonaufnahmen. Ausserdem stehe die Beschwerdeführerin seit 29. Februar 2024 bei einer Psychotherapeutin in [...] Sprache in Behandlung. Da bei der psychiatrischen Exploration kein [...] Dolmetscher hinzugezogen werden sei, sei die Beweiskraft des Gutachtens erheblich beeinträchtigt. Diesbezüglich kann Folgendes festgehalten werden: Die Beschwerdeführerin wurde mit Mitteilung vom 17. August 2023 (IV-Nr. 81 S. 1) nebst der Bekanntgabe der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ sowie der konkreten Gutachterpersonen auch darüber informiert, dass die Gutachterpersonen deutschsprachig seien und sie der Gutachterstelle frühzeitig melden solle, wenn eine Dolmetschperson benötigt werde. Diesfalls werde eine professionelle Dolmetschperson zur Verfügung gestellt. Dazu hat sich die Beschwerdeführerin in der Folge indes nicht vernehmen lassen. Folglich durfte die Beschwerdegegerin zu Recht davon ausgehen, dass die Beschwerdeführerin keine entsprechende Unterstützung benötige. Auch bei der anschliessend durchgeführten polydisziplinären Begutachtung wurden keine sprachlichen Verständigungsprobleme festgestellt. So wurde im Rahmen des psychiatrischen

Teilgutachtens vom 8. Dezember 2023 diesbezüglich festgehalten, die Beschwerdeführerin spreche fließend Schweizerdeutsch mit Akzent (IV-Nr. 87.6 S. 5). Auch im neurologischen Teilgutachten wurde festgehalten, dass die sprachliche Verständigung ohne Dolmetscher in deutscher Sprache möglich sei (IV-Nr. 87.7 S. 5). Es sind somit aus den vorliegenden Akten keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin über ungenügende Deutschkenntnisse verfügt. Auch die Tonaufnahmen zu den einzelnen Teilgutachten vermitteln keinen anderen Eindruck. So ist vielmehr davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin durchaus in der Lage war, die Fragen der Gutachterpersonen zu verstehen und auf diese in gut verständlicher, deutscher Sprache zu antworten. Inwiefern sich daraus ■ wie vom Rechtsvertreter vorgebracht ■ sprachliche Verständigungsschwierigkeiten ableiten lassen sollen, ist nicht ersichtlich. Daran vermag auch das weitere in diesem Zusammenhang vorgebrachte Argument der Beschwerdeführerin, wonach sie seit 29. Februar 2024 bei einer Psychotherapeutin in [...] Sprache in Behandlung sei (A.S. 14), nichts zu ändern. So stand die Beschwerdeführerin nämlich bereits vor dem 29. Februar 2024 ■ seit 18. März 2022 bis ca. im Sommer 2023 ■ beim deutschsprachigen Psychiater Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung (IV-Nr. 69). Seinem Arztbericht vom 6. März 2023 sind keine Hinweise betreffend eine sprachliche Verständigungsproblematik zu entnehmen. Es kommt hinzu, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der Beschwerdeschrift vom 21. Oktober 2024 (A.S. 9 ff.) auch nicht konkret aufzuzeigen vermag, welche ihrer mündlichen Aussagen von den Gutachterpersonen anders aufgefasst worden sei. Damit vermag die Beschwerdeführerin aus diesem Vorbringen nicht zu ihren Gunsten abzuleiten.

9.7.2 Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor (A.S. 15), die psychiatrische Gutachterin N.\_\_\_\_ habe sich in ihrem Teilgutachten nicht mit anderen vordiagnostizierten Störungen auseinandergesetzt, so insbesondere mit der Beurteilung des vorbehandelnden Psychiaters Dr. med. O.\_\_\_\_. So habe dieser festgehalten, die Beschwerdeführerin verfüge kaum über Ressourcen, lebe zurückgezogen und sei auch in adaptierter Tätigkeit nicht arbeitsfähig. Zudem sei er diagnostisch von einer sozialen Phobie ausgegangen. Dem ist entgegenzuhalten, dass im polydisziplinären Gutachten der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2023 unter dem Titel «Anlass und Umstände der Begutachtung» / «Medizinischer Sachverhalt» u.a. der Arztbericht von Dr. med. O.\_\_\_\_ vom 6. März 2023 (IV-Nr. 69) inkl. Befunde und Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Angst und Depression gemischt, ICD-10 F41.2; Klaustrophobie; soziale Phobie) vollständig aufgeführt wird (IV-Nr. 87.1 S. 5). Zudem ging die psychiatrische Gutachterin N.\_\_\_\_ im Rahmen ihres Teilgutachtens vom 10. Oktober 2023 auf diesen Bericht ein und setzte sich mit diesem auseinander (vgl. E. II. 9.3 hiervor). So hielt sie in kurzer und knapper Weise fest, die Diagnose der sozialen Phobie könne nicht nachvollzogen werden (IV-Nr. 87.6 S. 11). Weitere Ausführungen sind dem psychiatrischen Teilgutachten indes nicht zu entnehmen. Die RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_ hielt in der Stellungnahme vom 6. Mai 2024 (IV-Nr. 106) diesbezüglich u.a. fest, die Kriterien für eine soziale Phobie seien weder anamnestisch noch in der Untersuchungssituation zu erkennen gewesen, weshalb das Vorliegen einer solchen verneint worden sei. Dieser Einschätzung kann gefolgt werden. So ist insgesamt nicht einzusehen, weshalb sich die psychiatrische Gutachterin mit einer Diagnosestellung, die sie nicht bestätigen konnte, vertieft hätte auseinandersetzen müssen. Eine Schmälerung des Beweiswertes des psychiatrischen Teilgutachtens lässt sich daraus jedenfalls nicht ableiten.

9.7.3 Die Beschwerdeführerin rügt sodann die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die psychiatrische Gutachterin N.\_\_\_\_ (A.S. 6). So vermöge ■ abgesehen davon, dass die Ressourcen eben nicht intakt seien und die Beschwerdeführerin eben gerade nicht über «gute Sprachkenntnisse» verfüge, sondern wie von Dr. med. O.\_\_\_\_ beschrieben, über «kaum Ressourcen» ■, eine bloss 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auch angesichts des Umstandes nicht zu überzeugen, dass gemäss MINI-ICF-APP eine «vollständige Beeinträchtigung» in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, «erhebliche Beeinträchtigungen» in der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit sowie «mässige Beeinträchtigungen» bei Kompetenz- und Wissensanwendung, bei Proaktivität und Spontanaktivitäten, bei der Selbstbehauptungsfähigkeit und bei Mobilität und Verkehrsfähigkeit bestünden. Dazu lässt sich Folgendes festhalten: Im psychiatrischen Teilgutachten der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ wurden folgende Ressourcen festgehalten (IV-Nr. 87.6 S. 12): Jahrelange berufliche Tätigkeit, gute Sprachkenntnisse, Unterstützung durch Ehemann. Zudem wurde auf das Vorliegen von Belastungen hingewiesen (keine Ausbildung, höheres Arbeitnehmeralter, lange Arbeitsabstinenz, wenige soziale Kontakte in der Schweiz, chronische Erkrankung, unsichere finanzielle Situation). Ferner führte die psychiatrische Gutachterin aus, dass in Anlehnung an das Mini-ICF bei der Beschwerdeführerin aufgrund der Schmerzen eine verminderte Stresstoleranz sowie eine schnellere Erschöpfbarkeit bestünden, die eine Einschränkung in Bezug auf die Flexibilität- und Umstellungsfähigkeit und der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit begründeten. Unter diesen Umständen vermag das im Weiteren formulierte Belastungsprofil eines ruhigen Arbeitsplatzes mit flexiblen Arbeitszeiten und ohne Kundenkontakt zu überzeugen. Somit wurde das Ergebnis des Mini-ICF-Tests bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durchaus berücksichtigt. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin wurde im Rahmen des durchgeführten Mini-ICF-APP (IV-Nr. 87.6 S. 7 ff.) festgehalten, es lägen in drei der 13 bewerteten Fähigkeiten relevante Beeinträchtigungen vor. Eine versicherungsmedizinisch relevante Teilhabebeeinträchtigung bestehe im Hinblick auf die Tragweite der Einzelitems im zu beachtenden Kontext insgesamt im mittel ausgeprägten Masse. Diese Einschätzungen sind nachvollziehbar und plausibel. Den Vorbringen der Beschwerdeführerin kann daher nicht gefolgt werden.

9.8 Zusammenfassend vermögen sowohl die übrigen medizinischen Berichte als auch die Vorbringen der Beschwerdeführerin den Beweiswert des Gutachtens der Gutachterstelle E.\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2023 nicht zu schmälern. Dieses geniesst somit vollen Beweiswert. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 17. September 2024 (A.S. 1 ff.) auf das besagte Gutachten abgestellt hat. Es kann somit auch auf das im polydisziplinären Gutachten formulierte Profil betreffend die Arbeitsfähigkeit abgestützt werden: Demnach ist die Beschwerdeführerin in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Serviceangestellte seit August 2021 zu 50 % arbeitsfähig. In einer angepassten Tätigkeit (leichte überwiegend sitzende Tätigkeit mit Wechselbelastung, mit selten leicht- bis mittelschwerem Gewicht, ohne Gehen auf unebenem Gelände und ohne repetitives in die Hocke gehen, kauern oder hinknien ist möglich. Treppensteigen und Leitern besteigen ist ebenfalls nur nicht repetitiv möglich. Ein Überkopparbeiten ist möglich. Ruhiger Arbeitsplatz mit flexiblen Arbeitszeiten und keinen Kundenkontakt.) ist die Beschwerdeführerin ebenfalls ab August 2021 zu 70 % arbeitsfähig.

10. Es kann somit festgehalten werden, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 17. September 2024

(A.S. 1 ff.) im Vergleich zum letzten rechtskräftigen Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 3. Dezember 2018 (IV-Nr. 34) wesentlich verändert hat (vgl. E. II. 3 hiavor). In diesem Sinn hielten auch die Gutachterpersonen der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2023 fest, der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hätten sich gegenüber der Situation gemäss den Gutachten von Dres. med. D.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ resp. seit den Untersuchungen vom 5. März 2018 und 12. März 2018 erheblich verändert. So hätten bei der Beschwerdeführerin neu eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie Angst- und depressive Störung gemischt diagnostiziert werden können, die die Einschränkungen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit begründeten. In der früheren Tätigkeit als Serviceangestellte sei von einer Arbeitsfähigkeit 50 % und in einer leidensangepassten Tätigkeit von Arbeitsfähigkeit 70 % dauerhaft auszugehen (IV-Nr. 87.2 S. 5).

11. Es ist nachfolgend auf den durch die Beschwerdegegnerin vorgenommenen Einkommensvergleich einzugehen (A.S. 1 f.):

11.1 Die Anmeldung zum Leistungsbezug ging bei der Beschwerdegegnerin am 31. Januar 2022 ein (IV-Nr. 38). Der früheste Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG fällt somit auf den 1. Juli 2022. Damit ist das in diesem Zeitpunkt ■ und somit nach dem 1. Januar 2022 ■ geltende Recht anwendbar (vgl. E. II. 1.3 hiavor).

11.2 Mit dem ab 1. Januar 2022 eingeführten stufenlosen Rentensystem in der IV wird die Höhe des Anspruchs auf eine Invalidenrente neu in prozentualen Anteilen einer ganzen Rente festgelegt und nicht mehr wie bisher nach Viertelsrentenstufen (Art. 28b Abs. 1 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad von 50 ■ 69 Prozent entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 Prozent besteht wie bis anhin ein Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad von 40 bis 49 Prozent gilt eine Abstufung des Rentenanteils von 25 bis 47,5 Prozent (Abs. 4).

11.3 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).

11.4 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (vgl. BGE 129 V 222 mit Hinweis) ■ hier: 1. Juli 2022 (vgl. E. II. 11.1 hiavor) ■ 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).

Die durch die ungelernete Beschwerdeführerin zuletzt ab 1. Juni 2013 bei der Firma U.\_\_\_\_, [...], zunächst zu 100 % und ab 1. April 2019 zu 60 % ausgeübte berufliche Haupttätigkeit

als «Mitarbeiterin Küche / Service» (IV-Nrn. 50 S. 2 ff., 59 S. 3) wurde ihr per 31. Mai 2022 aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation gekündigt (IV-Nr. 68 S. 17). Es ist somit mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin diese Arbeit im Gesundheitsfall weiterhin ausgeübt hätte. Es ist somit nicht zu beanstanden, dass sich die Beschwerdegegnerin bei der Berechnung des Valideneinkommens auf das durch die Beschwerdegegnerin in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit erzielte Erwerbsteinkommen stützte. Gemäss dem Arbeitgeberfragebogen der Firma U.\_\_\_\_ vom 22. Februar 2022 (IV-Nr. 50 S. 2 ff.) erzielte die Beschwerdeführerin im Jahr 2020 mit einem Arbeitspensum von 60 % ein Einkommen von CHF 27'300.00. Dies entspricht auch den Angaben auf dem IK-Auszug vom 21. Februar 2022 (IV-Nr. 49 S. 4). Gestützt auf das hier massgebende Vollzeitpensum entspricht dies einem Jahreseinkommen von CHF 45'500.00. Es ist ferner nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin dieses Einkommen an die Teuerung 2020 / 2022 (Nominallohnindex, Frauen, 2021 ■ 2024, T1.2.20, Ziff. 55 / 56 «Beherbergung und Gastronomie») angepasst hat (: 100 x 101.1). Das so errechnete Valideneinkommen von gerundet CHF 46'001.00 erweist sich als korrekt.

Inwiefern es sich hierbei um «veraltete» und durch den «Gesundheitsschaden beeinflusste Werte» handeln soll, wie dies die Beschwerdeführerin vorbringen lässt (A.S. 17), ist nicht ersichtlich. So ist gestützt auf den IK-Auszug vom 21. Februar 2022 (IV-Nr. 49 S. 3 f.) davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bei der Firma U.\_\_\_\_ seit Arbeitsbeginn im Jahr 2013 ein jährliches Einkommen von CHF 45'500.00 erwirtschaftete. Damit kann der Argumentation der Beschwerdeführerin, wonach das bei der Firma U.\_\_\_\_ seit Anfang 2016 erzielte Erwerbseinkommen durch den Gesundheitsschaden geprägt sei, nicht gefolgt werden.

11.5 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.).

11.5.1 Es ist gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ vom 8. Dezember 2023 (vgl. E. II. 9.8 hiuvor) davon auszugehen, dass es der Beschwerdeführerin seit August 2021 möglich wäre, eine adaptierte berufliche Tätigkeit zu einem Arbeitspensum von 70 % auszuüben. Gestützt auf die vorliegenden Akten ist indes davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin keiner beruflichen Tätigkeit nachgeht bzw. keine solche aufgenommen hat. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen gestützt auf die Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt hat. Gemäss LSE 2022, TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Niveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art» ist von einem monatlichen Bruttolohn für Frauen von CHF 4'367.00 ■ wie von der Beschwerdegegnerin korrekt angewendet (A.S. 1) ■ auszugehen. Dieser Betrag wurde sodann von der Beschwerdegegnerin korrekterweise auf die üblichen Wochenstunden von 41,7 im Jahr hochgerechnet (CHF 4'367.00 x 12 [: 40 x 41,7] = CHF 54'631.20) und an das Arbeitspensum von 70 % angepasst. Damit ergibt sich ein Invalideneinkommen von gerundet CHF 38'242.00.

11.5.2 Unter dem bis 31. Dezember 2021 geltenden Recht war es beim Invalideneinkommen praxisgemäss 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). Daran änderte sich auch mit dem neuen Art. 26bisAbs. 3 IVV nichts, soweit es die vom 1. Januar 2022 bis 31. Dezember 2023 geltende Fassung betrifft. Nach dieser Bestimmung war das aufgrund statistischer Werte bestimmte Invalideneinkommen pauschal um 10 % herabzusetzen, wenn die funktionelle Leistungsfähigkeit 50 % oder weniger betrug. Im vorliegenden Fall entfällt ein solcher Abzug, da die Leistungseinbusse unter 50 % liegt. Allerdings kann gemäss Bundesgericht auch unter Art. 26bisAbs. 3 IVV weiterhin ein Abzug von bis zu 25 % erfolgen, wenn aufgrund anderer Faktoren ein Korrekturbedarf bestand (s. Urteil des Bundesgerichts 8C\_823/2023 vom 8. Juli 2024 sowie IV-Rundschreiben Nr. 445 des Bundesamtes für Sozialversicherungen BSV vom 26. August 2024 S. 1 unten).

11.5.3 Die Beschwerdegegnerin hat im «Einkommensvergleich 2022» keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Ob sich ein solcher rechtfertigt, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht mit voller Kognition zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 am Anfang). Anders als bei der Bemessung eines vom Versicherungsträger gewährten Abzugs, welcher der Angemessenheitsprüfung unterliegt, ist das Gericht nicht gehalten, eine gewisse Zurückhaltung walten zu lassen.

Im vorliegenden Fall gebietet das Alter der Beschwerdeführerin von 53 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Sodann ergibt sich aus der Tabelle T12\_b der LSE 2022, dass in diesem Jahr Frauen der Kategorie «ohne Kaderfunktion» und mit Aufenthaltsbewilligung C (Median) ■ wozu die Beschwerdeführerin gemäss Aktenlage zählt (IV-Nr. 39) ■ im Vergleich zum Total von Schweizerinnen und Ausländerinnen der gleichen Kategorie einen um ca. 12 % geringeren Lohn erzielten. Dieser Umstand entspricht einer überproportionalen Lohneinbusse und ist im Rahmen des Abzugs zu berücksichtigen (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts 8C\_332/2022 vom 19. Oktober 2022 E. 5.2.2.2 und 9C\_360/2022 vom 4. November 2022 E. 4.3.2). Die Beschwerdeführerin ist im Rahmen eines Teilpensums von 70 % arbeitsfähig. Dies rechtfertigt keinen Abzug, da in Bezug darauf keine wesentliche Lohneinbusse zu erwarten ist (vgl. Tabelle T18 der LSE 2022, wonach im Bereich eines Pensums von 50 % ■ 74 % kein wesentlich tieferes Durchschnittseinkommen zu erwarten ist als bei einem Vollpensum). Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, der durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften gekennzeichnet ist und einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten aufweist (Art. 16 ATSG; BGE 134 V 64 E. 4.2.1 S. 70 f.). Der LSE-Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 ■ das hier angewendet wird ■ umfasst eine Vielzahl von leichten Tätigkeiten, die den angeführten Einschränkungen der

Beschwerdeführerin Rechnung tragen. Angesichts des ärztlich umschriebenen Zumutbarkeitsprofils ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen. Aufgrund der vorliegenden Einschränkungen, die unter anderem beinhalten, dass die Beschwerdeführerin leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit mit Wechselbelastung, mit selten leicht- bis mittelschwerem Gewicht, ohne Gehen auf unebenem Gelände und ohne repetitives in die Hocke gehen, kauern oder hinknien, ohne repetitiv mögliches Treppen und Leitern besteigen, mit Überkopfarbeiten an einem ruhiger Arbeitsplatz mit flexiblen Arbeitszeiten und ohne Kundenkontakt, ausübt (vgl. E. II. 9.8 hiervor), ist kein Abzug angezeigt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_305/2022 vom 24. November 2022 E. 3.2.2.2.2). Vor dem Hintergrund der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zum Zumutbarkeitsprofil und dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihres Aufenthaltsstatus eine Einbusse erleidet, erscheint ein Abzug in der Höhe von 15 % angemessen. Somit beträgt das Invalideneinkommen gerundet CHF 32'505.70.

Zusammenfassend ergibt sich ab August 2021 bei einem Valideneinkommen von CHF 46'001.00 und einem Invalideneinkommen CHF 32'505.70 eine Erwerbseinbusse von CHF 13'495.30, was einem Invaliditätsgrad von gerundet 29.3 % entspricht. Damit besteht kein Rentenanspruch.

11.5.4 Für den Zeitraum ab 1. Januar 2024 hat die Beschwerdegegnerin unter Berücksichtigung eines pauschalen Tabellenlohnabzugs von 10 % gemäss Art. 26bisAbs. 3 IVV einen weiteren Einkommensvergleich («Einkommensvergleich 2024») vorgenommen (A.S. 2). Es ist zu prüfen, ob aufgrund der am 1. Januar 2024 in Kraft getretenen Fassung von Art. 26bisAbs. 3 IVV ab diesem Zeitpunkt (1. Januar 2024) ein höherer bzw. zusätzlich zum bereits berücksichtigten Tabellenlohnabzug von 15 % ein weiterer Abzug vorzunehmen ist. Das Versicherungsgericht hat sich mit dieser Frage bereits im Urteil VSBES.2024.154 vom 24. November 2025, in Erwägung II. 7, eingehend und grundlegend auseinandergesetzt. Es wird an dieser Stelle darauf verwiesen. Gestützt auf die entsprechenden Überlegungen ergibt sich für den vorliegenden Fall, dass der Pauschalabzug von 10 % nicht einfach um den nach den bisherigen Regeln ermittelten Abzug zu erhöhen und festzusetzen ist. Trotz des Wortlauts von Art. 26bisAbs. 3 IVV ist analog zu BGE 150 V 410 vielmehr davon auszugehen, dass der Pauschalabzug von 10 % als Mindestabzug zu verstehen ist und durch einen nach den bisherigen Regeln bemessenen Abzug ersetzt wird, wenn dieser höher ausfällt.

Im vorliegenden Fall betrug der Tabellenlohnabzug vor dem 1. Januar 2024 15 %. Da dieser somit höher ausfällt, als der ab 1. Januar 2024 neu zu berücksichtigende Pauschalabzug von 10 %, ist für den Einkommensvergleich ab dem 1. Januar 2024 ebenfalls vom einem Tabellenlohnabzug von 15 % auszugehen. Damit ergibt sich im Vergleich zum bereits vor dem 1. Januar 2024 vorgenommenen Einkommensvergleich (vgl. E. II. 11.5.3 hiervor) keine Veränderung. Der IV-Grad beträgt nach wie vor 29.3 %, womit auch nach dem 1. Januar 2024 kein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht.

12. Der Anspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Eingliederungsmassnahmen wurde von der Beschwerdegegnerin mit der Begründung abgewiesen, die Beschwerdeführerin fühle sich im gutachterlich attestierten Ausmass nicht arbeitsfähig (A.S. 3). Diesbezüglich verwies die Beschwerdegegnerin auf das psychiatrische Teilgutachten vom 10. Oktober 2023, in welchem die Beschwerdeführerin angegeben habe, sich nicht mehr arbeitsfähig zu sehen (IV-Nr. 87.6 S. 5). Ähnliche Angaben sind auch den

weiteren Teilgutachten zu entnehmen (vgl. IV-Nrn. 87.4 S. 5, 87.5 S. 4, 87.7 S. 5). Die Beschwerdeführerin lässt diesbezüglich bereits im Rahmen der Einwanderergänzung vom 5. April 2024 (IV-Nr. 102) beantragen, es sei davon Kenntnis zu nehmen, dass sie berufliche Eingliederungsmassnahmen beantrage und sie sei zu einem Eingliederungsgespräch einzuladen. Dies bestätigte die Beschwerdeführerin sodann im Rahmen der Beschwerdeschrift vom 21. Oktober 2024, indem sie ausführte, sie sei bereit und willens, an beruflichen Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen (A.S. 18). Zur Beantwortung der Frage, ob bei der versicherten Person ein Eingliederungswille bzw. eine entsprechende Motivation vorhanden ist, sind insbesondere die gegenüber der Verwaltung und den medizinischen Experten gemachten Aussagen betreffend Krankheitsüberzeugung bzw. Arbeitsmotivation zu berücksichtigen. Ebenfalls von Belang sein können die im Vorbescheidverfahren und vor dem kantonalen Versicherungsgericht gemachten Ausführungen respektive gestellten Anträge (Urteil des Bundesgerichts 9C\_593/2023 vom 11. Juli 2024 E. 4.1 m.v.H.). Da im vorliegenden Verfahren somit ambivalente Äusserungen der Beschwerdeführerin betreffend ihren subjektiven Eingliederungswillen im Raum stehen, kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die anlässlich der durchgeführten Begutachtung gemachten Aussagen der Beschwerdeführerin abgestellt werden. Damit ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie auf das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin betreffend berufliche Eingliederungsmassnahmen eintritt und entsprechende Massnahmen tätigt.

13. Damit ist die Verfügung vom 17. September 2024 dahingehend aufzuheben, als die Beschwerdeführerin Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen hat. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

14. Bei diesem Verfahrensausgang ■ teilweises Obsiegen ■ steht der Beschwerdeführerin ein Anspruch auf eine Parteientschädigung zu, die durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist (Art. 61 lit. g ATSG).

14.1 Nach der Rechtsprechung ist bei bloss teilweisem Obsiegen nur dann eine ungekürzte Parteientschädigung zuzusprechen, wenn die versicherte Person im Grundsatz obsiegt und lediglich im Masslichen (teilweise) unterliegt. In Streitigkeiten um die Höhe einer Invalidenrente trifft dies zu, wenn nicht die beantragte ganze oder höhere Rente, sondern eine geringere Teilrente zugesprochen wird (SVR 2011 IV Nr. 38 S. 112, 9C\_580/2010 E. 4.1). Dahinter steht die Überlegung, dass eine «Überklagung» eine Reduktion der Parteientschädigung nicht rechtfertigt, soweit das Rechtsbegehren keinen Einfluss auf den Prozessaufwand ausübt (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407; Georg Wilhelm, in: Christian Zünd / Brigitte Pfiffner Rauber [Hrsg.]: Kommentar zum Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, 2. Aufl. 2009, § 34 GSVG N 8). Wird anstelle der beantragten Dauerrente lediglich eine auf einen vergleichweisen kurzen Zeitraum befristete Rente zugesprochen, ist eine anteilmässige Kürzung regelmässig angebracht, weil sich das Rechtsbegehren im Normalfall auf den Prozessaufwand auswirkt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_478/2015 vom 12. Februar 2016 E. 5 [nicht publ. in BGE 142 V 106]). Weiter ist die Parteientschädigung auch insoweit zu reduzieren, als zusätzlich weitere Leistungen der Invalidenversicherung wie berufliche Massnahmen beantragt worden sind, welchen nicht entsprochen werden kann (Urteil des Bundesgerichts 8C\_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 4.1).

14.2 Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich bei Verrichtungen ab 1. Januar 2023 von CHF 250.00 bis CHF 350.00 (s. § 160 Abs. 4 Gebührentarif [GT, BGS 615.11] i.V.m.

Beschluss der Gerichtsverwaltungskommission GVB.2022.111).

14.3 In den eingereichten Kostennoten vom 10. Januar 2025 und 30. April 2026 wird ein Kostenersatz von insgesamt CHF 4'875.20 geltend gemacht (CHF 2'177.25 + CHF 2'697.95, A.S. 31 ff., 51 f.). Dabei beträgt der Aufwand total 17.29 Stunden (9.68 Std. + 7.61 Std.) und die Auslagen CHF 187.40 (CHF 75.80 + CHF 111.60).

Zu kürzen ist der reine Kanzleiaufwand, der im Stundenansatz eines Anwaltes bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Dies trifft hier auf die 17 Klientenbriefe («Brief an Klientin» vom 23. September, 22., 24., 30. Oktober, 17. Dezember 2024, 3., 10., 15. Januar, 17. Dezember 2025, 15., 19. Januar, 3., 4., 11. Februar, 3., 30. März, 8. April 2026),» à je 0.17 Std. zu. Dadurch verringert sich der Aufwand um 2.89 Stunden auf 14.4 Stunden. Damit beträgt die Entschädigung bei einem, wie vorliegend geltend gemacht (A.S. 34), Stundenansatz von CHF 250.00 total CHF 3'600.00.

Was die geltend gemachten Auslagen von insgesamt CHF 187.40 anbelangt, so sind die total 81 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 160 Abs. 5 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht. Die Auslagen reduzieren sich so um CHF 40.5 auf CHF 146.90. Für Fahrspesen sind ausserdem pro gefahrenen Kilometer CHF 0.70 (§ 157 Abs. 3 GT i.V.m. 161 lit. a GAV) zu veranschlagen und nicht CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht. Somit betragen die Auslagen total CHF 133.30.

Damit beläuft sich die Parteientschädigung unter Berücksichtigung der Kürzung auf 1/4 insgesamt auf CHF 1'009.00(1/4 von [CHF 3'600.00 + CHF 133.30 + MWSt 8.1 %]). Diese ist durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen.

14.4 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über 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. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens rechtfertigt sich eine Aufteilung der Verfahrenskosten im Verhältnis ¼ : ¾ . Somit hat die Beschwerdegegnerin an die gesamten Verfahrenskosten von CHF 1'000.00, CHF 250.00 zu bezahlen. Die Beschwerdeführerin hat ihrerseits CHF 750.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 zu verrechnen sind. Die somit zu viel geleisteten CHF 250.00 sind ihr zurückerstatten.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Küng

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