

# SO\_GERICHTE VSBES.2024.45 vom 30. Januar 2024

SO Obergericht, 2024-01-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2024.45](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2024.45)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2024.45 du 30 janvier 2024

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2024.45 del 30 gennaio 2024

## Erwägungen

### E. 1

ff.).

3. Gegen diese Verfügung lässt die Beschwerdeführerin am 4. März 2024 Beschwerde erheben (A.S. 4 ff.). Sie stellt folgende Rechtsbegehren:
4. Mit Beschwerdeantwort vom 5. April 2024 (A.S. 24 f.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.
5. Mit Verfügung vom 9. April 2024 (A.S. 26 f.) wird der Beschwerdeführerin ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Claude Wyssmann als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt.
6. Mit Replik vom 3. Juni 2024 (A.S. 35 f.) lässt sich die Beschwerdeführerin abschliessend vernehmen.
7. Mit Verfügung vom 19. September 2024 teilt der Vizepräsident des Versicherungsgerichts den Parteien mit, es werde beabsichtigt, das Beweisverfahren bereits vor der angesetzten öffentlichen Schlussverhandlung nach Art. 6 EMRK zu schliessen. Den Parteien werde Frist gesetzt, dem Gericht bis 3. Oktober 2024 allfällige Beweismittel einzureichen. Im Unterlassungsfall werde Verzicht angenommen.
8. Mit Verfügung vom 17. Januar 2025 wird festgestellt, dass keine weiteren Beweismittel eingereicht bzw. keine weiteren Beweisanträge gestellt worden seien. Somit werde das Beweisverfahren geschlossen. Zudem werden die Parteien zur Verhandlung vom 1. April 2025 vorgeladen.
9. Mit Verfügung vom 31. März 2025 wird die auf 1. April 2025 anberaumte öffentliche Verhandlung abgesagt und den Parteien mitgeteilt, es werde demnächst erneut vorgeladen.
10. Am 8. Juli 2025 findet vor dem Versicherungsgericht eine Verhandlung statt. Anwesend sind die Beschwerdeführerin sowie ihr Rechtsvertreter, Rechtsanwalt Claude Wyssmann. Die Beschwerdegegnerin, der das Erscheinen freigestellt worden war, hat auf eine Teilnahme an der Verhandlung verzichtet. Anlässlich der Verhandlung stellt Rechtsanwalt Wyssmann den Antrag, das Beweisverfahren sei wieder zu eröffnen und der Bericht von Frau F.\_\_\_\_ vom 26. August 2024 zu den Akten zu nehmen. Nach erfolgter Beratung kommt das Gericht zum Schluss, das Beweisverfahren werde aufgrund der besonderen anlässlich der Verhandlung geschilderten Umstände wieder geöffnet und der psychologische Bericht von Frau F.\_\_\_\_ vom 26. August 2024 zu den Akten genommen. Es werde aber ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich hierbei um eine Ausnahme handle und an der Praxis betreffend Schliessung des Beweisverfahrens weiterhin festgehalten werde.

11. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

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

## **E. 2**

2.1 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Die hier angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Zudem könnte ein allfälliger Rentenanspruch im vorliegenden Fall in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG und unter Berücksichtigung des Zeitpunktes der IV-Anmeldung vom 17. Februar 2022 frühestens am 1. August 2022 entstehen. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der ab 1. Januar 2022 gültigen Fassung anwendbar.

2.2 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).

## **E. 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 IVV). Dies gilt in analoger Weise auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 351 E. 3.5.3) sowie dann, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 68 E. 5.2.3, 125 V 412 E. 2b, 117 V 200 E. 4b).

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 (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen, bezogen auf Art. 41 a.F. IVG). 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, 109 V 115 E. 2b).

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

#### **E. 4**

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

Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchsbegründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

4.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (AHI 2001 S. 113 E. 3a).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

5. Strittig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf weitere berufliche Massnahmen und eine Rente mit Verfügung vom 30. Januar 2024 zurecht verneint hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren grundsätzlich ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29) ■ durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten Rentenabweisungsverfügung ■ vorliegend am 24. April 2018 ■ bestanden hat (vgl.

Urteil des Bundesgerichts 8C\_413/2009 vom 11. September 2009 E. 4), mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 30. Januar 2024 (BGE 130 V 71 E. 3.1, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2).

5.1 Bei ihrer letzten leistungsabweisenden Verfügung vom 24. April 2018 stellte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das von ihr veranlasste psychiatrische Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 6. November 2017 (IV-Nr. 42) ab. Darin wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkung auf Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne Auswirkung auf Arbeitsfähigkeit

Zur Beurteilung hielt der Gutachter fest, in der angestammten Tätigkeit, die zugleich auch als leidensangepasst zu bewerten sei, gelte eine Arbeitsfähigkeit 100 % (Leistung 100 %, Präsenzzeit 8,5 Stunden). Gemäss anamnestischen Angaben der Versicherten, die aktuell erhoben worden seien, sei nicht von einem therapieresistenten und schweren psychiatrischen Zustandsbild auszugehen, zumal in der hiesigen Untersuchung die familiäre Belastungssituation und der Partnerkonflikt auch retrospektiv als Hauptproblem geschildert worden seien; es sei eine starke Abhängigkeit der Befindlichkeit der Beschwerdeführerin vom Verhalten ihres Mannes beschrieben worden; die ganze Zeit habe auch eine nahezu volle häusliche Belastbarkeit bestanden und die Ängste träten vornehmlich im Kontext der Partnerproblematik auf. Deshalb könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein psychiatrisch und versicherungspsychiatrisch relevantes Störungsbild aktuell wie auch retrospektiv angenommen werden, abgesehen von der Zeit von etwa 6 Monaten zwischen Dezember 2015 (Beginn erneuter AUF 100 %) bis allenfalls Mai 2016.

5.2 In der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 30. Januar 2024 stellte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 30. Juni 2023 (IV-Nr. 109.4; Fachrichtungen: Angiologie, Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie und Allgemeine Innere Medizin) ab, weshalb nachfolgend dessen Beweiswert zu prüfen ist.

5.2.1 Die Teilgutachten in den Fachbereichen Angiologie (IV-Nr. 109.8), Neurologie (IV-Nr. 109.5) und Allgemeine Innere Medizin (IV-Nr. 109.1) werden inhaltlich weder von der Beschwerdeführerin noch von den behandelnden Ärzten bestritten und sind denn auch nicht zu beanstanden. Im angiologischen Teilgutachten wurde als einzige Diagnose «Lipödeme beidseits vom Oberschenkel-Typ» ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Zur Beurteilung wurde festgehalten, bei der Explorandin bestehe ein Zustand nach Crossektomie der v. saphena magna und Seitenastexzision links. Weder klinisch noch anamnestisch bestünden Hinweise für eine relevante chronisch venöse Insuffizienz. Duplexsonographisch fänden sich keine Hinweise für eine relevante Varikose, bzw. postthrombotische Veränderungen. Aufgrund der angiologischen Untersuchung ergäben sich auch keine Hinweise für eine relevante periphere arterielle Verschlusskrankheit beidseits. Klinisch zeigten sich Lipödeme beidseits. Aus angiologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Sodann kam auch der neurologische Gutachter in seinem Teilgutachten zum Schluss, dass auf seinem Fachgebiet keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestünden. Es wurden eine sensible Hemisymptomatik links, eher nicht organisch, sowie ein Verdacht auf motorische Tics der periorbitalen Muskulatur links, diagnostiziert, beide ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Zur Beurteilung wurde festgehalten, dass mit invalidisierender Auswirkung

etwas vage und diffus geschilderte Beschwerdebild könne nicht zwanglos einer organisch-neurologischen Störung zugeordnet werden. Das Muster der präsentierten sensiblen Hemisymptomatik links sei eher suspekt auf eine nicht organische Grundlage. Mit neurologischen Faktoren könne eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht begründet werden. Zudem könne neurologisch kein Behandlungsverlauf und auch keine Begründung für eine Arbeitsunfähigkeit im Verlauf dokumentiert werden. Des Weiteren ist auf das ebenfalls unbestrittene internistische Teilgutachten einzugehen. Darin kommt der Gutachter zum Schluss, dass gestützt auf seine Befunderhebungen keine Diagnosen aus dem internistischen Fachgebiet zu stellen seien und demnach auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen sei. Diese Beurteilung vermag im Lichte der Vorakten zu überzeugen.

5.2.2 Umstritten ist vorliegend der Beweiswert des rheumatologischen und des psychiatrischen Teilgutachtens E.\_\_\_\_, weshalb nachfolgend deren Beweiswert zu prüfen ist:

5.2.2.1 Im rheumatologischen Teilgutachten (IV-Nr. 109.6) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Vorweg kann festgehalten werden, dass die Diagnosestellung und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus dem rheumatologischen Teilgutachten im Lichte der Vorakten zu überzeugen vermag. Zur Beurteilung hielt der Gutachter fest, im Rahmen der erlittenen Unterschenkelfraktur links am 31. Dezember 2014 beständen bei der Beschwerdeführerin lokale Restbeschwerden, wie sie in der Aktenlage ebenfalls dokumentiert seien. Gemäss Aussagen der Explorandin habe sie etwa ein halbes Jahr nach dem Unfall ihre Arbeitstätigkeit wieder aufnehmen können. In der Folge sei es zu Einschränkungen aus psychischen Gründen gekommen. Entsprechend resultiere aus rheumatologischer Sicht keine längerdauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aufgrund dieser Unfallfolgen. Daneben beständen weitere Beschwerden am Bewegungsapparat, wie sie in der obigen Diagnosenliste aufgeführt seien. Bezüglich der chronischen unspezifischen Kreuzschmerzen fänden sich anamnestisch und klinisch keine Hinweise auf segmentale diskogene Beschwerden, ein Facettensyndrom oder eine Radikulärsymptomatik. Aus diesem Grund würden die Beschwerden als unspezifische Kreuzschmerzen beurteilt. Ebenfalls hätten keine spezifischen Befunde im Bereich der Halswirbelsäule dokumentiert werden können. Die von der Explorandin beschriebenen Nackenschmerzen seien aus rheumatologischer Sicht im Sinne von Ausstrahlungen durch die muskulären Dysbalancen am Schultergürtel bds. zu verstehen. Bezüglich der seit Jahren vorhandenen Kiefergelenkschmerzen fänden sich klinische Hinweise für degenerative Veränderungen. Diesbezüglich sei die Explorandin schon vor Jahren in Behandlung gewesen. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit habe daraus nicht resultiert. Die medikamentöse Therapie werde gemäss Anamnese nur selten eingesetzt, die Explorandin habe auch den Namen des Schmerzmittels nicht nennen können, eine wesentliche Wirkung trete nicht auf. Auch physiotherapeutische Massnahmen seien nicht relevant hilfreich, wobei offenbar keine regelmässigen Dehnübungen am Schultergürtel durchgeführt würden. Insgesamt passten diese anamnestischen Angaben einerseits insofern zu den klinischen Befunden, als diese nicht sehr ausgeprägt seien und deshalb keine intensive Behandlung durchgeführt werde und

andererseits lägen auch deutliche Zeichen einer somatisch nicht begründbaren Schmerzverstärkung vor, wie sie ebenfalls in der Diagnoseliste erwähnt sei. Dies passe auch zu den Angaben im rheumatologischen Konsiliarbericht vom 30. November 2020, in dem der damals beigezogene Rheumatologe eine chronische fibromyalgische Schmerzkrankheit in seiner Diagnoseliste aufgeführt habe. Die Diagnose einer Fibromyalgie werde vorliegend nicht gestellt, da die entsprechenden ACR-Kriterien von 1990 und 2010 in anamnestischer Hinsicht nicht erfüllt seien. Aus gutachterlicher rheumatologischer Sicht würden sowohl qualitative als auch quantitative Beeinträchtigungen bestätigt aufgrund der anamnestisch seit etwa fünf Jahren verstärkten unspezifischen Kreuzschmerzen und der deutlichen muskulären Dysbalancen am Schultergürtel bds. Körperliche Schwerarbeiten sowie Tätigkeiten repetitiv oder andauernd deutlich oberhalb der Schulterhorizontalen sollten aus rheumatologischer Sicht vermieden werden, insbesondere sollten diese nicht regelmässig oder wiederholt durchgeführt werden, dies gemäss Anamnese bezüglich der körperlichen Schwerarbeiten seit ca. 2018 und bezüglich der Arbeitshaltungen mit elevierten Armen ab dem aktuellen Gutachtensdatum. Entsprechend der Beschreibung der früheren Tätigkeit bestünden deswegen aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Die bisherige Tätigkeit werde aufgrund der obigen Diagnosen aus rheumatologischer Sicht nicht eingeschränkt, abgesehen von der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit während eines halben Jahres gemäss den anamnestischen Angaben aufgrund der erlittenen Unterschenkelfraktur links am 31. Dezember 2014. Die übrigen, oben aufgeführten Diagnosen, seien aus gutachterlicher rheumatologischer Sicht nicht derart ausgeprägt, dass dadurch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu begründen wäre.

Sodann vermögen die von der Beschwerdeführerin gegen das rheumatologische Teilgutachten vorgebrachten Rügen dessen Beweiswert nicht zu vermindern. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin hat der rheumatologische Gutachter nicht die von der Beschwerdeführerin geklagten Knieschmerzen als «chronische unspezifische» Schmerzen klassifiziert, sondern die Kreuzschmerzen. Der Gutachter berücksichtigte die Kniebeschwerden denn auch im Rahmen der oben gestellten Diagnose «Persistierende Restbeschwerden am linken OSG und unterhalb des linken Knies bei St. n. komplexer Unterschenkelfraktur am 31. Dezember 2014 mit Osteosynthesen am 31. Dezember 2014 und am 2. Januar 2015 sowie teilweiser Entfernung des Osteosynthesematerials im Juli 2018» mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Sodann rügt die Beschwerdeführerin, dem Gutachter habe die Bildgebung des Kniegelenks nicht vorgelegen und er habe den Bildbefund auch nicht in seinem Gutachten festgehalten, sodass sein Gutachten unvollständig und damit beweismässig nicht verwertbar sei. Dazu ist festzuhalten, dass der Bericht des G. \_\_\_ vom 19. Oktober 2021 (IV-Nr. 75, S. 110), in welchem die bildgebenden Befunde (MR OSG links und Knie links vom 6. Oktober 2021) aufgeführt und diskutiert wurden, dem Gutachter vorlag (s. IV-Nr. 109.2, S. 6). Es kann demnach davon ausgegangen werden, dass er diesen Bericht bei seiner Beurteilung miteinbezogen hat, zumal es nicht notwendig ist, dass in der gutachterlichen Beurteilung sämtliche Berichte erwähnt werden müssen. Sodann ist es entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin grundsätzlich dem Gutachter überlassen, über die Notwendigkeit zusätzlicher bildgebender Abklärungen zu entscheiden. Alleine der Umstand, dass die letzte MR-Abklärung vom 6. Oktober 2021 im Zeitpunkt des Gutachtens der E. \_\_\_ bereits über 1 ½ Jahre alt war, vermag nicht die Notwendigkeit einer neuen MRT-Untersuchung zu begründen. Zudem liegen im vorliegenden Fall keine Hinweise für eine diesbezügliche Verschlechterung vor und werden

von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht. Somit ist es nicht zu beanstanden, dass der rheumatologische Gutachter keine neuen MRT-Abklärungen veranlasste. Des Weiteren begründete der rheumatologische Gutachter schlüssig, dass die Diagnose einer Fibromyalgie nicht zu stellen sei, da die entsprechenden ACR-Kriterien von 1990 und 2010 in anamnestischer Hinsicht nicht erfüllt seien. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin reicht es zudem für die Stellung dieser Diagnose nicht alleine aus, wenn 11 der 18 Druckpunkt schmerzhaft sind (vgl. <https://www.springermedizin.de/fibromyalgiesyndrom/fibromyalgiesyndrom/definition-klassifikation-klinische-diagnose-und-prognose-des-fi/12230768>). Schliesslich rügt die Beschwerdeführerin, der rheumatologische Gutachter habe sich nicht mit der klar divergenten Berichterstattung von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 30. September 2020 auseinandergesetzt, welcher von einer chronischen fibromyalgischen Schmerzkrankheit und von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen sei. Dem ist entgegenzuhalten, dass sich der Gutachter sehr wohl mit der von Dr. med. H.\_\_\_\_ diagnostizierten Fibromyalgie auseinandergesetzt hat. Hinsichtlich der von Dr. med. H.\_\_\_\_ attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit ist sodann festzuhalten, dass Dr. med. H.\_\_\_\_ die vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht begründet. Zudem lässt sich aus seinem Bericht eine Arbeitsunfähigkeit in dieser Höhe nicht ableiten. Der Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_ vermag somit den Beweiswert des rheumatologischen Gutachtens nicht zu vermindern.

Demnach ist auf das beweiswertige rheumatologische Teilgutachten abzustellen.

#### 5.2.2.2

5.2.2.2.1 Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 109.7) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Sodann begründete der Gutachter die von ihm gestellten Diagnosen in nachvollziehbarer Weise und setzte sich eingehend mit weiteren möglichen Diagnosen auseinander: Den somatischen Akten könne entnommen werden, dass sich die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen nur zu einem Teil aus somatischer Sicht begründen liessen. Aus psychiatrischer Sicht sei diesbezüglich festzuhalten, dass die Versicherte während der aktuellen Untersuchung nicht den Eindruck hinterlasse, unter andauernden schweren und quälenden Schmerzen zu leiden. Zu keinem Zeitpunkt deuteten Mimik und Gestik ein Schmerzerleben an. Aus diesem Grund könne die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt werden. Sollten sich nicht sämtliche Schmerzen hinreichend durch eine körperliche Störung erklären lassen, müssten diese als Ausdruck der Depression gewertet werden. Des Weiteren liessen sich anamnestisch die Symptome eines inneren Leergefühls, einer absoluten Freudlosigkeit, einer Müdigkeit, einer Schlafstörung, einer ausgeprägten Vergesslichkeit und ausgeprägt verminderter Konzentrationsfähigkeit sowie eines Gefühls einer allgemeinen Sinnlosigkeit anamnestisch eruieren. Diese Symptome erfüllten die zur Diagnosestellung einer depressiven Episode notwendigen Kriterien. In ursächlicher Hinsicht seien die andauernden Schmerzen zu nennen, aber auch, bis zu einem gewissen Grad, die Belastung durch den behinderten 23-jährigen Sohn, welcher in einem Heim lebe. Die Versicherte habe auch eine konflikthafte Ehe gehabt. Während der aktuellen Untersuchung sei die Stimmung ernst, jedoch nicht bedrückt, zu keinem Zeitpunkt lasse sich eine bedrückt-traurige oder

gereizt-aggressive Stimmung erkennen. Die affektive Modulationsfähigkeit sei als leichtgradig eingeschränkt zu beurteilen, nicht jedoch die Vitalität, die Versicherte hinterlasse einen vitalen Eindruck. Es entstehe somit eine erhebliche Diskrepanz zwischen den subjektiv geklagten Beschwerden und den während der aktuellen Untersuchung erhobenen Befunden. Aus diesem Grund sei bei der Einschätzung der Depression primär auf die aktuell erhobenen Befunde abzustützen. Unter Berücksichtigung dieser Faktoren sei der Schweregrad der Depression als leicht- bis mittelgradig zu beurteilen. Insgesamt entstehe auch der Eindruck, dass die Versicherte die anfallenden Alltagsarbeiten bewältigen könne, insbesondere die Haushaltsarbeiten. Sie berichte, dass es zuhause sauber und aufgeräumt sei. Die psychosoziale Funktionsfähigkeit in der Beziehung mit ihren drei Kindern, aber auch mit ihren Eltern sowie mit ihren Geschwistern sei als weitgehend intakt zu beurteilen. Bis heute habe sie noch nie eine stationäre Behandlung gemacht, was als Ausdruck gegen das Vorliegen einer schweren Depression zu werten sein dürfte. Die Versicherte begeben sich aber seit dem Jahre 2015 in psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung in die Praxis von Dr. med. B.\_\_\_\_. Es finde auch eine Psychopharmakotherapie statt. Diese Behandlung könne als adäquat betrachtet werden. Während der aktuellen Untersuchung falle des Weiteren aber auch auf, dass sich keine Gründe anamnestisch herauskristallisieren liessen, welche die Entwicklung der depressiven Beschwerden ab dem Jahre 2015 begründeten. Insbesondere betone die Explorandin, dass sie ihrer Tätigkeit in der Firma I.\_\_\_\_ sehr gerne nachgegangen sei, sie solle sich mit den Vorgesetzten und all den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen sehr gut verstanden haben, für sie solle es wie eine Familie gewesen sein. Wie erwähnt, habe die Versicherte jedoch eine konflikthafte Ehe geführt, diese Konflikte hätten allerdings schon seit 20 Jahren bestanden. Während der aktuellen Untersuchung beklage sie sich zudem nicht darüber, dass die konflikthafte Beziehung in ursächlicher Hinsicht mit der Entwicklung der Depression stehe, trotzdem lasse sich dies nicht ausschliessen. Während der aktuellen Untersuchung beklage sich die Versicherte vor allem über eine ausgeprägt beeinträchtigte mnestiche Funktionsfähigkeit und eine ebenso stark eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit, welche zu einer stark beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit, respektive schliesslich auch zur Krankschreibung geführt haben sollten. Aufgrund der diesbezüglich unpräzisen Angaben der Versicherten liessen sich retrospektiv keine verlässlichen Aussagen betreffend den Verlauf und der Intensität der depressiven Beschwerden machen. Es müsse diesbezüglich auf die vorliegenden Akten abgestützt werden. Doch diesbezüglich ergäben sich erhebliche Diskrepanzen bezüglich der Beurteilung und Einschätzung der Depression durch die Behandler und dem Gutachter im Jahre 2017. Der behandelnde Psychiater habe vom September 2015 ■ November 2015 eine 50%ige und ab Dezember 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Der Gutachter habe im Jahr 2017 indes keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Im Vergleich mit den Befunden dieses Gutachtens, lasse sich heute eine gewisse Verschlechterung feststellen insofern, als dass heute eine Depression und auch eine Panikstörung diagnostiziert werden müssten. In ursächlicher Hinsicht seien hierfür die sich intensivierenden Ehekonflikte und schliesslich die Trennung vom Ehemann zu nennen. Sodann liessen sich anamnestisch die Symptome der zeitweise auftretenden ausgeprägten Angst, verbunden mit einer Atemnot, einem Herzrasen und einem Zittern im ganzen Körper anamnestisch eruieren. Die Versicherte könne keine Angaben über die Häufigkeit des Auftretens solch panikartiger Ängste machen. Sie beklage sich zusätzlich darüber, dass sie sich nicht mehr unter vielen Menschen aufhalten könne. In diagnostischer Hinsicht sei von einer Panikstörung auszugehen. Wegen einer Panikattacke habe die erste psychiatrische

Untersuchung am 11. Mai 2023 abgebrochen werden müssen. Die Versicherte habe sich nicht mehr in der Lage gefühlt, die Untersuchung weiterzuführen. Die zweite Untersuchung am 31. Mai 2023, welche länger als die erste gedauert habe, könne jedoch problemlos durchgeführt werden. Des Weiteren lasse sich neu eine Kleptomanie seit einem Jahr diagnostizieren. Die Versicherte habe darüber berichtet, dass sie mehr oder weniger unbewusst in einem Laden plötzlich zu stehlen beginne, und dass sie deswegen schon erwischt worden sei. Diese Kleptomanie habe keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Des Weiteren sei festzuhalten, dass sich aufgrund der aktuellen gutachterlichen Untersuchung keine typischen Intrusionen nachweisen liessen. Die Versicherte sei zudem in der Lage, über die konflikthafte Ehe mit ihrem Ehemann zu sprechen ohne äusserlich sichtbare psychovegetative Mitbeteiligung. Zudem liessen sich während der aktuellen Untersuchung keine Hypervigilanz, keine Schreckhaftigkeit, keine Dissoziationen, sowie keine Anhedonie oder Gleichgültigkeit in Beziehungen eruieren. Insgesamt könnten die Kriterien für die Diagnosestellung einer posttraumatischen Belastungsstörung somit als nicht erfüllt betrachtet werden. In den vorliegenden Akten werde vom behandelnden Therapeuten im Bericht vom Mai 2016 erstmals eine Panikstörung mit Agoraphobie diagnostiziert, nebst einer Erschöpfungsdepression (Z73.0). Es sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Im psychiatrischen Teilgutachten der J. \_\_\_ vom November 2017 habe hingegen keine Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert werden können. Insgesamt müsse davon ausgegangen werden, dass diese Diskrepanz in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wohl darin begründet sein dürfte, als der behandelnde Psychiater sich wohl vorwiegend auf die subjektiv geklagten Beschwerden der Versicherten abgestützt habe. Unter Mitberücksichtigung der aktuellen gutachterlichen Untersuchung müsse jedoch erwähnt werden, dass die Angaben der Versicherten sehr inkonsistent und zum Teil widersprüchlich seien.

5.2.2.2 Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit führte der psychiatrische Gutachter aus, die Beschwerdeführerin sei sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig. Der Beschwerdeführerin seien keine Tätigkeiten in einem grösseren Team zumutbar.

Somit ist im Weiteren zu prüfen, ob die vom psychiatrischen Gutachter attestierte Arbeitsfähigkeit von 70 % im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung ebenfalls zu überzeugen vermag.

Grundsätzlich sind sämtliche psychische 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 kann auf die gutachterlichen Ausführungen in E. II. 5.2.2.1 hiervor verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode vorliegt. Zur Ausprägung der Panikstörung ist dem Gutachten dagegen keine Einschätzung zu entnehmen, da die Beschwerdeführerin, wie vorgehend festgehalten, keine Angaben zur Häufigkeit der Panikstörung machen konnte.

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, die Versicherte mache seit dem Jahre 2015 eine Gesprächspsychotherapie bei Herrn Dr. med. B. \_\_\_\_, welche heute noch andauere. Allerdings bestehe aktuell keine psychologische Behandlung mehr, da offenbar sämtliche Psychologen/Psychologinnen nicht mehr in der Praxis von Dr. med. B. \_\_\_\_ tätig seien, dies gemäss Angaben der Versicherten. Die verordnete Psychopharmakotherapie mit Venlafaxin 2 x 150 mg und Mirtazapin könne als adäquat betrachtet werden, auch wenn die Dosierung des Mirtazapins von der Explorandin nicht genau angegeben werden könne. Gemäss vorliegenden Akten werde eine Dosierung von 15 mg verordnet. Mit einiger Wahrscheinlichkeit könne davon ausgegangen werden, dass unter Einhaltung der vom behandelnden Psychiater verordneten medizinischen Massnahmen mittelfristig, innerhalb eines halben bis ganzen Jahres, mit einer Verbesserung und auch Stabilisierung des psychischen Gesundheitszustandes und dadurch auch der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden könne. Unter Berücksichtigung all der erwähnten Faktoren und des bisherigen Verlaufs könne die Prognose aus rein psychiatrischer Sicht als nicht ungünstig beurteilt werden. Sodann hätten von Seiten der IV keine Wiedereingliederungsmassnahmen stattgefunden. Die Versicherte gehe davon aus, dass sie wegen ihrer Beschwerden zu keiner ausserhäuslichen Tätigkeit fähig sei. Aufgrund der aktuellen gutachterlichen Untersuchung lasse sich ein solch hohe Einschränkung der Arbeitsfähigkeit jedoch nicht objektivieren.

Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen ist somit im Resultat weder von einer Behandlungs- noch einer Eingliederungsresistenz auszugehen.

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). Hierzu hielt der Gutachter fest, schwerwiegende psychiatrische Komorbiditäten liessen sich nicht nachweisen.

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, die Versicherte habe drei Söhne, der 23-jährige geistig behinderte wohne in einem Heim, die beiden anderen, 12- und 19-jährig, wohnten noch bei der Explorandin zuhause. Freundinnen habe die Versicherte keine, sie habe auch keinen Partner. Die psychosoziale Funktionsfähigkeit in der Beziehung mit ihren drei Söhnen, aber auch mit ihren beiden Eltern sowie ihren Geschwistern sei als weitgehend intakt zu beurteilen. Sozial könne die Versicherte als einigermaßen gut integriert beurteilt werden. Es liessen sich somit auch Ressourcen erkennen, diesbezüglich sei insbesondere die weitgehend intakte psychosoziale Funktionsfähigkeit der Versicherten zu nennen. Die Ressourcen seien insgesamt jedoch als nicht sehr ausgiebig zu betrachten. In der Persönlichkeitsstruktur liessen sich keine schwerwiegenden Psychopathologien erkennen, welche als Hinweise für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung gewertet werden könnten. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung könne nicht gestellt werden. Das Fähigkeitsniveau, gemessen am Ratingbogen Mini-ICF-APP, könne insgesamt aus rein psychiatrischer Sicht als leicht bis mittelgradig eingeschränkt beurteilt werden. Insbesondere seien die Durchhaltefähigkeit, aber auch die Gruppenfähigkeit sowie die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit als eingeschränkt zu betrachten. Die übrigen Items des Ratingbogens Mini-ICF APP könnten als nicht relevant eingeschränkt betrachtet werden. An Funktionseinschränkungen zu nennen seien die Beschwerden von Seiten der leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode auf dem Hintergrund der rezidivierenden depressiven Störung und auch die Beschwerden von Seiten der Panikstörung. Diese führten zu einer verminderten psychophysischen Belastbarkeit der Versicherten und dadurch auch der Arbeitsfähigkeit.

Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen liegen bei der Beschwerdeführerin neben Einschränkungen somit auch positive soziale und persönliche Ressourcen vor.

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 führte der Gutachter aus, die Angaben der Beschwerdeführerin seien nicht immer konsistent. Beispielsweise habe die Versicherte während der ersten Untersuchung am 11. Mai 2023 berichtet, dass sie sich lediglich noch zu 20 bis maximal 30 Minuten konzentrieren könne. Bei beiden Untersuchungen, auch derjenigen vom 31. Mai 2023, welche 65 Minuten gedauert habe, hinterlasse sie jedoch einen stets sehr konzentrierten und aufmerksamen Eindruck und beklage keinerlei Schwierigkeiten mit der Konzentrationsfähigkeit. Des Weiteren beklage sie sich subjektiv über eine erhebliche Schmerzintensität. Während beiden Untersuchungen deuteten Mimik und Gestik jedoch zu keinem Zeitpunkt ein Schmerzerleben an. Des Weiteren falle auf, dass die Versicherte zeitweise vage und wenig fassbare Angaben mache, beispielsweise beklage sie sich über ausgeprägte Beschwerden im Sinne von panikartigen Ängsten. Gleichzeitig sei sie jedoch nicht in der Lage anzugeben, wie oft sie unter solch ausgeprägten Ängsten leide. Im Speziellen wisse sie nicht, ob solche panikartigen Ängste einmal monatlich oder einmal wöchentlich aufträten. All diese Diskrepanzen liessen sich aus psychiatrischer Sicht nicht begründen. Trotzdem sei von einem gewissen Leidensdruck aus psychiatrischer Sicht auszugehen. Des Weiteren falle auf, dass die Versicherte oft vage Angaben mache, diesbezüglich vor allem auch die Angaben betreffend den Tagesablauf. Dennoch entstehe insgesamt der Eindruck, dass sie die Alltagsarbeiten bewältigen könne, gleichzeitig gehe sie jedoch von einer absoluten Arbeitsunfähigkeit aus betreffend eine ausserhäusliche Tätigkeit. Als weitere Inkonsistenz sei die Tatsache zu nennen, dass sich die Versicherte bei der systematischen Befragung nach depressiven Beschwerden über eine absolute Freudlosigkeit beklage. Zu einem anderen Zeitpunkt der Anamneseerhebung berichte sie dann aber, dass sie an ihren Kindern Freude habe. Die Versicherte beklage sich zudem bei der systematischen Befragung nach depressiven Beschwerden über eine absolute Energielosigkeit. Während den aktuellen Untersuchungen hinterlasse sie jedoch einen sehr vitalen Eindruck.

Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen ist somit das Vorliegen einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus zu verneinen.

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) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich führte der Gutachter aus, von einer Nichtinanspruchnahme von medizinisch-therapeutischen Leistungen könne nicht ausgegangen werden, die Versicherte befindet sich seit dem Jahre 2015 in psychiatrischer/psychologischer Behandlung in der Praxis Dr. B. \_\_\_ in [...]. Somit ist der Leidensdruck bei der Beschwerdeführerin ausgewiesen.

5.2.2.2.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen damit als hinreichend ausgewiesen. Gestützt auf die einleuchtende Begründung der Diagnosestellung (s. E. II. 5.2.2.1 hiervor) und die vorgehende Indikatorenprüfung vermag die gutachterliche Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 70 % zu überzeugen.

5.2.2.2.4 Am Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens vermögen sodann auch die Rügen der Beschwerdeführerin sowie die dem Gutachten entgegenstehenden Berichte des behandelnden Psychiaters nichts zu ändern. Der Vertreter der Beschwerdeführerin rügt unter anderem, aus dem Gutachten gehe nicht hervor, wie gross die Häufigkeit der Panikattacken ausfalle und wie lange diese dauerten. Dies wiederum wäre aber unabdingbar für die Beurteilung des Schweregrades der Panikstörung und damit einhergehend mit der Frage des Fähigkeitsniveaus und der Arbeitsfähigkeit. Solche Informationen wären auch fremdanamnestisch zu erheben gewesen, so von der Familie oder der Ärzteschaft. Diesbezüglich ist, wie bereits erwähnt, festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin zur Häufigkeit der Panikattacken keine Angaben zu machen vermochte. Dementsprechend kann in antizipierter Beweiswürdigung davon ausgegangen werden, dass auch ihr behandelnder Psychiater diesbezüglich über keine weiterführenden Angaben verfügt. Wie der Gutachter zudem weiter ausführte, lasse es sich aus psychiatrischer Sicht nicht begründen, weshalb die Beschwerdeführerin nicht wisse, ob solche panikartigen Ängste einmal monatlich oder einmal wöchentlich aufträten. Angesichts dieser Inkonsistenzen ist es nicht zu beanstanden, dass der Gutachter in diesem Punkt auf die Einholung von fremdanamnestischen Auskünften verzichtete. Weiter rügt die Beschwerdeführerin, dem psychiatrischen Teilgutachten sei lediglich zu entnehmen, dass die Durchhaltefähigkeit, die Gruppenfähigkeit, die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit eingeschränkt seien, die übrigen Items indes nicht. Wie schwer die Einschränkung der Durchhaltefähigkeit sei, erfahre der Rechtsanwender nicht. Der Ratingbogen finde sich denn auch nicht in den Akten. Dieser sei durch das Gericht bei der E. \_\_\_ zu edieren. Dieser Rüge ist entgegenzuhalten, dass sich der psychiatrische Gutachter in seinem Gutachten sehr eingehend mit den Einschränkungen, Fähigkeiten und Ressourcen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt hat. Zudem ist seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Lichte der vorstehenden Indikatorenprüfung wohlbegründet und überzeugend. Des Weiteren hielt er fest, das Fähigkeitsniveau, gemessen am Ratingbogen Mini-ICF-APP, könne insgesamt aus rein psychiatrischer Sicht als leicht bis mittelgradig eingeschränkt beurteilt werden. Insbesondere seien die Durchhaltefähigkeit, aber auch die Gruppenfähigkeit sowie die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit als eingeschränkt zu betrachten. Gestützt darauf ist davon auszugehen, dass die von der Beschwerdeführerin angesprochene Durchhaltefähigkeit höchstens mittelgradig eingeschränkt ist, was sich ebenfalls unter die gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit von 70 % subsumieren lässt. Somit kann in antizipierter Beweiswürdigung auf die beantragte Einholung des Mini-ICF-APP Ratingbogens verzichtet werden. Schliesslich setzte sich der psychiatrische Gutachter überzeugend mit dem entgegenstehenden Bericht des behandelnden Psychiaters der Beschwerdeführerin, Dr. med. B. \_\_\_, auseinander: Im jüngsten Bericht von Herrn Dr. med. B. \_\_\_ vom 11. Juli 2022 würden eine posttraumatische Belastungsstörung, eine generalisierte Angststörung, dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen sowie



5.2.2.2.5 Zusammenfassend kann somit auf das beweismässige psychiatrische Teilgutachten des E.\_\_\_\_ abgestellt werden, zumal auch die retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im psychiatrischen Gutachten zu überzeugen vermag. Gemäss der gutachterlichen Einschätzung sei davon auszugehen, dass seit der Trennung vom Ehemann, im Jahre 2018 eine 30%-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Zuvor lasse sich aus psychiatrischer Sicht nicht mit Sicherheit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen.

5.3 Gestützt auf die überzeugenden Teilgutachten vermag auch die polydisziplinäre Gesamtbeurteilung der E.\_\_\_\_-Gutachter vom 30. Juni 2023 (IV-Nr. 109.4) zu überzeugen, wobei die Arbeitsfähigkeit ausschliesslich durch die psychische Problematik beeinträchtigt wird. Zusätzlich ist noch das aus rheumatologischer Sicht eingeschränkte Zumutbarkeitsprofil zu beachten (s. E. II. 5.2.1 hiervor). Wie zudem dem psychiatrischen Teilgutachten zu entnehmen ist, ist im Vergleich zur letztmaligen Rentenabweisung mit der Verfügung vom 24. April 2018 bzw. zum damals relevanten psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 6. November 2017 eine revisionsrelevante gesundheitliche Verschlechterung erstellt.

5.4 Schliesslich ist auf die anlässlich der Verhandlung vom 8. Juli 2025 erstmals vorgebrachte Rüge einzugehen, wonach die Adipositas der Beschwerdeführerin bislang nicht abgeklärt worden sei. Diese hätte im Zeitpunkt der Begutachtung zwingend untersucht werden müssen. Somit sei das E.\_\_\_\_-Gutachten vom 30. Juni 2023 nicht verwertbar. Wie diesbezüglich aus den Akten ersichtlich, wurde bereits im Bericht von Dr. med. K.\_\_\_\_ vom 22. Dezember 2014 (IV-Nr. 75, S. 14) eine Adipositas diagnostiziert. Konkretere Angaben zu dieser Diagnose finden sich in den Akten im Bericht des L.\_\_\_\_ vom 12. März 2020 (IV-Nr. 75, S. 50), worin eine Adipositas WHO Grad III (Grösse 174 cm, Gewicht 134 kg, BMI 44.3 kg/m<sup>2</sup>) diagnostiziert wurde. In den zeitlich nachfolgenden medizinischen Akten lässt sich sodann eine kontinuierliche Verbesserung der Adipositas feststellen. Hier ist beispielsweise auf den Bericht der M.\_\_\_\_, 18. November 2020 (IV-Nr. 75, S. 84) ■ Adipositas WHO Grad III, BMI 40.3 kg/m<sup>2</sup> Grösse 173 cm Gewicht 120.6 kg ■ sowie den Bericht der M.\_\_\_\_, 7. Oktober 2021 (IV-Nr. 75, S. 108) ■ Adipositas WHO Grad II, BMI 35.56 kg/m<sup>2</sup> Grösse 173 cm Gewicht 105.9 kg ■ zu verweisen. Gemäss Aktenlage fand diesbezüglich eine Behandlung mit dem Medikament Ozempic statt. Im Zeitpunkt der Begutachtungen von Mai bis Juni 2023 (vgl. IV-Nr. 103) ist somit von einer erheblichen Verbesserung der Adipositas auszugehen. Im Übrigen konnte auch das Gericht anlässlich der Verhandlung vom

## **E. 5**

Spreizfüsse

## **E. 6**

Klinische Zeichen einer zusätzlichen, somatisch nicht erklärbaren Schmerzverstärkung (3/5 positive Waddell-Zeichen, 11/18 schmerzhafte Fibromyalgiedruckpunkte und 2/3 schmerzhafte Kontrollpunkte), nicht einem rheumatologischen Krankheitsbild entsprechend. Vorweg kann festgehalten werden, dass die Diagnosestellung und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus dem rheumatologischen Teilgutachten im Lichte der Vorakten zu überzeugen vermag. Zur Beurteilung hielt der Gutachter fest, im Rahmen der erlittenen Unterschenkelfraktur links am 31. Dezember 2014 bestünden bei der Beschwerdeführerin lokale Restbeschwerden, wie sie in der Aktenlage ebenfalls

dokumentiert seien. Gemäss Aussagen der Explorandin habe sie etwa ein halbes Jahr nach dem Unfall ihre Arbeitstätigkeit wieder aufnehmen können. In der Folge sei es zu Einschränkungen aus psychischen Gründen gekommen. Entsprechend resultiere aus rheumatologischer Sicht keine längerdauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aufgrund dieser Unfallfolgen. Daneben bestünden weitere Beschwerden am Bewegungsapparat, wie sie in der obigen Diagnoseliste aufgeführt seien. Bezüglich der chronischen unspezifischen Kreuzschmerzen fänden sich anamnestisch und klinisch keine Hinweise auf segmentale diskogene Beschwerden, ein Facettensyndrom oder eine Radikulärsymptomatik. Aus diesem Grund würden die Beschwerden als unspezifische Kreuzschmerzen beurteilt. Ebenfalls hätten keine spezifischen Befunde im Bereich der Halswirbelsäule dokumentiert werden können. Die von der Explorandin beschriebenen Nackenschmerzen seien aus rheumatologischer Sicht im Sinne von Ausstrahlungen durch die muskulären Dysbalancen am Schultergürtel bds. zu verstehen. Bezüglich der seit Jahren vorhandenen Kiefergelenkschmerzen fänden sich klinische Hinweise für degenerative Veränderungen. Diesbezüglich sei die Explorandin schon vor Jahren in Behandlung gewesen. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit habe daraus nicht resultiert. Die medikamentöse Therapie werde gemäss Anamnese nur selten eingesetzt, die Explorandin habe auch den Namen des Schmerzmittels nicht nennen können, eine wesentliche Wirkung trete nicht auf. Auch physiotherapeutische Massnahmen seien nicht relevant hilfreich, wobei offenbar keine regelmässigen Dehnübungen am Schultergürtel durchgeführt würden. Insgesamt passten diese anamnestischen Angaben einerseits insofern zu den klinischen Befunden, als diese nicht sehr ausgeprägt seien und deshalb keine intensive Behandlung durchgeführt werde und andererseits lägen auch deutliche Zeichen einer somatisch nicht begründbaren Schmerzverstärkung vor, wie sie ebenfalls in der Diagnoseliste erwähnt sei. Dies passe auch zu den Angaben im rheumatologischen Konsiliarbericht vom 30. November 2020, in dem der damals beigezogene Rheumatologe eine chronische fibromyalgische Schmerzkrankheit in seiner Diagnoseliste aufgeführt habe. Die Diagnose einer Fibromyalgie werde vorliegend nicht gestellt, da die entsprechenden ACR-Kriterien von 1990 und 2010 in anamnestischer Hinsicht nicht erfüllt seien. Aus gutachterlicher rheumatologischer Sicht würden sowohl qualitative als auch quantitative Beeinträchtigungen bestätigt aufgrund der anamnestisch seit etwa fünf Jahren verstärkten unspezifischen Kreuzschmerzen und der deutlichen muskulären Dysbalancen am Schultergürtel bds. Körperliche Schwerarbeiten sowie Tätigkeiten repetitiv oder andauernd deutlich oberhalb der Schulterhorizontalen sollten aus rheumatologischer Sicht vermieden werden, insbesondere sollten diese nicht regelmässig oder wiederholt durchgeführt werden, dies gemäss Anamnese bezüglich der körperlichen Schwerarbeiten seit ca. 2018 und bezüglich der Arbeitshaltungen mit elevierten Armen ab dem aktuellen Gutachtensdatum. Entsprechend der Beschreibung der früheren Tätigkeit bestünden deswegen aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Die bisherige Tätigkeit werde aufgrund der obigen Diagnosen aus rheumatologischer Sicht nicht eingeschränkt, abgesehen von der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit während eines halben Jahres gemäss den anamnestischen Angaben aufgrund der erlittenen Unterschenkelfraktur links am 31. Dezember 2014. Die übrigen, oben aufgeführten Diagnosen, seien aus gutachterlicher rheumatologischer Sicht nicht derart ausgeprägt, dass dadurch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu begründen wäre. Sodann vermögen die von der Beschwerdeführerin gegen das rheumatologische Teilgutachten vorgebrachten Rügen dessen Beweiswert nicht zu vermindern. Entgegen den

Ausführungen der Beschwerdeführerin hat der rheumatologische Gutachter nicht die von der Beschwerdeführerin geklagten Knieschmerzen als «chronische unspezifische» Schmerzen klassifiziert, sondern die Kreuzschmerzen. Der Gutachter berücksichtigte die Kniebeschwerden denn auch im Rahmen der oben gestellten Diagnose «Persistierende Restbeschwerden am linken OSG und unterhalb des linken Knies bei St. n. komplexer Unterschenkelfraktur am 31. Dezember 2014 mit Osteosynthesen am 31. Dezember 2014 und am 2. Januar 2015 sowie teilweiser Entfernung des Osteosynthesematerials im Juli 2018» mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Sodann rügt die Beschwerdeführerin, dem Gutachter habe die Bildgebung des Kniegelenks nicht vorgelegen und er habe den Bildbefund auch nicht in seinem Gutachten festgehalten, sodass sein Gutachten unvollständig und damit beweismässig nicht verwertbar sei. Dazu ist festzuhalten, dass der Bericht des G. \_\_\_ vom 19. Oktober 2021 (IV-Nr. 75, S. 110), in welchem die bildgebenden Befunde (MR OSG links und Knie links vom 6. Oktober 2021) aufgeführt und diskutiert wurden, dem Gutachter vorlag (s. IV-Nr. 109.2, S. 6). Es kann demnach davon ausgegangen werden, dass er diesen Bericht bei seiner Beurteilung miteinbezogen hat, zumal es nicht notwendig ist, dass in der gutachterlichen Beurteilung sämtliche Berichte erwähnt werden müssen. Sodann ist es entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin grundsätzlich dem Gutachter überlassen, über die Notwendigkeit zusätzlicher bildgebender Abklärungen zu entscheiden. Alleine der Umstand, dass die letzte MR-Abklärung vom 6. Oktober 2021 im Zeitpunkt des Gutachtens der E. \_\_\_ bereits über 1 ½ Jahre alt war, vermag nicht die Notwendigkeit einer neuen MRT-Untersuchung zu begründen. Zudem liegen im vorliegenden Fall keine Hinweise für eine diesbezügliche Verschlechterung vor und werden von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht. Somit ist es nicht zu beanstanden, dass der rheumatologische Gutachter keine neuen MRT-Abklärungen veranlasste. Des Weiteren begründete der rheumatologische Gutachter schlüssig, dass die Diagnose einer Fibromyalgie nicht zu stellen sei, da die entsprechenden ACR-Kriterien von 1990 und 2010 in anamnestischer Hinsicht nicht erfüllt seien. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin reicht es zudem für die Stellung dieser Diagnose nicht alleine aus, wenn 11 der 18 Druckpunkt schmerzhaft sind (vgl. <https://www.springermedizin.de/fibromyalgiesyndrom/fibromyalgiesyndrom/definition-klassifikation-klinische-diagnose-und-prognose-des-fi/12230768>). Schliesslich rügt die Beschwerdeführerin, der rheumatologische Gutachter habe sich nicht mit der klar divergenten Berichterstattung von Dr. med. H. \_\_\_ vom 30. September 2020 auseinandergesetzt, welcher von einer chronischen fibromyalgischen Schmerzkrankheit und von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen sei. Dem ist entgegenzuhalten, dass sich der Gutachter sehr wohl mit der von Dr. med. H. \_\_\_ diagnostizierten Fibromyalgie auseinandergesetzt hat. Hinsichtlich der von Dr. med. H. \_\_\_ attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit ist sodann festzuhalten, dass Dr. med. H. \_\_\_ die vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht begründet. Zudem lässt sich aus seinem Bericht eine Arbeitsunfähigkeit in dieser Höhe nicht ableiten. Der Bericht von Dr. med. H. \_\_\_ vermag somit den Beweiswert des rheumatologischen Gutachtens nicht zu vermindern. Demnach ist auf das beweismässige rheumatologische Teilgutachten abzustellen. 5.2.2.2 5.2.2.2.1 Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 109.7) wurden folgende Diagnosen gestellt: Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit 1. Rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.0/1) 2. Panikstörung (ICD-10 F41.0) Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit 1. Kleptomanie (ICD-10 F63.2) Sodann begründete der Gutachter die von ihm gestellten Diagnosen in nachvollziehbarer Weise und

setzte sich eingehend mit weiteren möglichen Diagnosen auseinander: Den somatischen Akten könne entnommen werden, dass sich die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen nur zu einem Teil aus somatischer Sicht begründen liessen. Aus psychiatrischer Sicht sei diesbezüglich festzuhalten, dass die Versicherte während der aktuellen Untersuchung nicht den Eindruck hinterlasse, unter andauernden schweren und quälenden Schmerzen zu leiden. Zu keinem Zeitpunkt deuteten Mimik und Gestik ein Schmerzerleben an. Aus diesem Grund könne die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt werden. Sollten sich nicht sämtliche Schmerzen hinreichend durch eine körperliche Störung erklären lassen, müssten diese als Ausdruck der Depression gewertet werden. Des Weiteren liessen sich anamnestisch die Symptome eines inneren Leergefühls, einer absoluten Freudlosigkeit, einer Müdigkeit, einer Schlafstörung, einer ausgeprägten Vergesslichkeit und ausgeprägt verminderter Konzentrationsfähigkeit sowie eines Gefühls einer allgemeinen Sinnlosigkeit anamnestisch eruieren. Diese Symptome erfüllten die zur Diagnosestellung einer depressiven Episode notwendigen Kriterien. In ursächlicher Hinsicht seien die andauernden Schmerzen zu nennen, aber auch, bis zu einem gewissen Grad, die Belastung durch den behinderten 23-jährigen Sohn, welcher in einem Heim lebe. Die Versicherte habe auch eine konflikthafte Ehe gehabt. Während der aktuellen Untersuchung sei die Stimmung ernst, jedoch nicht bedrückt, zu keinem Zeitpunkt lasse sich eine bedrückt-traurige oder gereizt-aggressive Stimmung erkennen. Die affektive Modulationsfähigkeit sei als leichtgradig eingeschränkt zu beurteilen, nicht jedoch die Vitalität, die Versicherte hinterlasse einen vitalen Eindruck. Es entstehe somit eine erhebliche Diskrepanz zwischen den subjektiv geklagten Beschwerden und den während der aktuellen Untersuchung erhobenen Befunden. Aus diesem Grund sei bei der Einschätzung der Depression primär auf die aktuell erhobenen Befunde abzustützen. Unter Berücksichtigung dieser Faktoren sei der Schweregrad der Depression als leicht- bis mittelgradig zu beurteilen. Insgesamt entstehe auch der Eindruck, dass die Versicherte die anfallenden Alltagsarbeiten bewältigen könne, insbesondere die Haushaltsarbeiten. Sie berichte, dass es zuhause sauber und aufgeräumt sei. Die psychosoziale Funktionsfähigkeit in der Beziehung mit ihren drei Kindern, aber auch mit ihren Eltern sowie mit ihren Geschwistern sei als weitgehend intakt zu beurteilen. Bis heute habe sie noch nie eine stationäre Behandlung gemacht, was als Ausdruck gegen das Vorliegen einer schweren Depression zu werten sein dürfte. Die Versicherte begeben sich aber seit dem Jahre 2015 in psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung in die Praxis von Dr. med. B.\_\_\_\_. Es finde auch eine Psychopharmakotherapie statt. Diese Behandlung könne als adäquat betrachtet werden. Während der aktuellen Untersuchung falle des Weiteren aber auch auf, dass sich keine Gründe anamnestisch herauskristallisieren liessen, welche die Entwicklung der depressiven Beschwerden ab dem Jahre 2015 begründeten. Insbesondere betone die Explorandin, dass sie ihrer Tätigkeit in der Firma I.\_\_\_\_ sehr gerne nachgegangen sei, sie solle sich mit den Vorgesetzten und all den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen sehr gut verstanden haben, für sie solle es wie eine Familie gewesen sein. Wie erwähnt, habe die Versicherte jedoch eine konflikthafte Ehe geführt, diese Konflikte hätten allerdings schon seit 20 Jahren bestanden. Während der aktuellen Untersuchung beklage sie sich zudem nicht darüber, dass die konflikthafte Beziehung in ursächlicher Hinsicht mit der Entwicklung der Depression stehe, trotzdem lasse sich dies nicht ausschliessen. Während der aktuellen Untersuchung beklage sich die Versicherte vor allem über eine ausgeprägt beeinträchtigte mnestiche Funktionsfähigkeit und eine ebenso stark eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit, welche zu einer stark beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit, respektive

schliesslich auch zur Krankschreibung geführt haben sollten. Aufgrund der diesbezüglich unpräzisen Angaben der Versicherten liessen sich retrospektiv keine verlässlichen Aussagen betreffend den Verlauf und der Intensität der depressiven Beschwerden machen. Es müsse diesbezüglich auf die vorliegenden Akten abgestützt werden. Doch diesbezüglich ergäben sich erhebliche Diskrepanzen bezüglich der Beurteilung und Einschätzung der Depression durch die Behandler und dem Gutachter im Jahre 2017. Der behandelnde Psychiater habe vom September 2015 – November 2015 eine 50%ige und ab Dezember 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Der Gutachter habe im Jahr 2017 indes keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Im Vergleich mit den Befunden dieses Gutachtens, lasse sich heute eine gewisse Verschlechterung feststellen insofern, als dass heute eine Depression und auch eine Panikstörung diagnostiziert werden müssten. In ursächlicher Hinsicht seien hierfür die sich intensivierenden Ehekonflikte und schliesslich die Trennung vom Ehemann zu nennen. Sodann liessen sich anamnestisch die Symptome der zeitweise auftretenden ausgeprägten Angst, verbunden mit einer Atemnot, einem Herzrasen und einem Zittern im ganzen Körper anamnestisch eruieren. Die Versicherte könne keine Angaben über die Häufigkeit des Auftretens solch panikartiger Ängste machen. Sie beklage sich zusätzlich darüber, dass sie sich nicht mehr unter vielen Menschen aufhalten könne. In diagnostischer Hinsicht sei von einer Panikstörung auszugehen. Wegen einer Panikattacke habe die erste psychiatrische Untersuchung am 11. Mai 2023 abgebrochen werden müssen. Die Versicherte habe sich nicht mehr in der Lage gefühlt, die Untersuchung weiterzuführen. Die zweite Untersuchung am 31. Mai 2023, welche länger als die erste gedauert habe, könne jedoch problemlos durchgeführt werden. Des Weiteren lasse sich neu eine Kleptomanie seit einem Jahr diagnostizieren. Die Versicherte habe darüber berichtet, dass sie mehr oder weniger unbewusst in einem Laden plötzlich zu stehlen beginne, und dass sie deswegen schon erwischt worden sei. Diese Kleptomanie habe keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Des Weiteren sei festzuhalten, dass sich aufgrund der aktuellen gutachterlichen Untersuchung keine typischen Intrusionen nachweisen liessen. Die Versicherte sei zudem in der Lage, über die konflikthafte Ehe mit ihrem Ehemann zu sprechen ohne äusserlich sichtbare psychovegetative Mitbeteiligung. Zudem liessen sich während der aktuellen Untersuchung keine Hypervigilanz, keine Schreckhaftigkeit, keine Dissoziationen, sowie keine Anhedonie oder Gleichgültigkeit in Beziehungen eruieren. Insgesamt könnten die Kriterien für die Diagnosestellung einer posttraumatischen Belastungsstörung somit als nicht erfüllt betrachtet werden. In den vorliegenden Akten werde vom behandelnden Therapeuten im Bericht vom Mai 2016 erstmals eine Panikstörung mit Agoraphobie diagnostiziert, nebst einer Erschöpfungsdepression (Z73.0). Es sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Im psychiatrischen Teilgutachten der J. \_\_\_ vom November 2017 habe hingegen keine Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert werden können. Insgesamt müsse davon ausgegangen werden, dass diese Diskrepanz in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wohl darin begründet sein dürfte, als der behandelnde Psychiater sich wohl vorwiegend auf die subjektiv geklagten Beschwerden der Versicherten abgestützt habe. Unter Mitberücksichtigung der aktuellen gutachterlichen Untersuchung müsse jedoch erwähnt werden, dass die Angaben der Versicherten sehr inkonsistent und zum Teil widersprüchlich seien.

5.2.2.2 Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit führte der psychiatrische Gutachter aus, die Beschwerdeführerin sei sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig. Der Beschwerdeführerin seien keine Tätigkeiten in einem grösseren Team zumutbar. Somit ist im Weiteren zu prüfen, ob die

vom psychiatrischen Gutachter attestierte Arbeitsfähigkeit von 70 % im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung ebenfalls zu überzeugen vermag. Grundsätzlich sind sämtliche psychische 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 kann auf die gutachterlichen Ausführungen in E. II. 5.2.2.1 hiavor verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode vorliegt. Zur Ausprägung der Panikstörung ist dem Gutachten dagegen keine Einschätzung zu entnehmen, da die Beschwerdeführerin, wie vorgehend festgehalten, keine Angaben zur Häufigkeit der Panikstörung machen konnte. Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, die Versicherte mache seit dem Jahre 2015 eine Gesprächspsychotherapie bei Herrn Dr. med. B.\_\_\_\_, welche heute noch andauere. Allerdings bestehe aktuell keine psychologische Behandlung mehr, da offenbar sämtliche Psychologen/Psychologinnen nicht mehr in der Praxis von Dr. med. B.\_\_\_\_ tätig seien, dies gemäss Angaben der Versicherten. Die verordnete Psychopharmakotherapie mit Venlafaxin 2 x 150 mg und Mirtazapin könne als adäquat betrachtet werden, auch wenn die Dosierung des Mirtazapins von der Explorandin nicht genau angegeben werden könne. Gemäss vorliegenden Akten werde eine Dosierung von 15 mg verordnet. Mit einiger Wahrscheinlichkeit könne davon ausgegangen werden, dass unter Einhaltung der vom behandelnden Psychiater verordneten medizinischen Massnahmen mittelfristig, innerhalb eines halben bis ganzen Jahres, mit einer Verbesserung und auch Stabilisierung des psychischen Gesundheitszustandes und dadurch auch der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden könne. Unter Berücksichtigung all der erwähnten Faktoren und des bisherigen Verlaufs könne die Prognose aus rein psychiatrischer Sicht als nicht ungünstig beurteilt werden. Sodann hätten von Seiten der IV keine

Wiedereingliederungsmassnahmen stattgefunden. Die Versicherte gehe davon aus, dass sie wegen ihrer Beschwerden zu keiner ausserhäuslichen Tätigkeit fähig sei. Aufgrund der aktuellen gutachterlichen Untersuchung lasse sich ein solch hohe Einschränkung der Arbeitsfähigkeit jedoch nicht objektivieren. Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen ist somit im Resultat weder von einer Behandlungs- noch einer Eingliederungsresistenz auszugehen. 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). Hierzu hielt der Gutachter fest, schwerwiegende psychiatrische Komorbiditäten liessen sich nicht nachweisen. 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, die Versicherte habe drei Söhne, der 23-jährige geistig behinderte wohne in einem Heim, die beiden anderen, 12- und 19-jährig, wohnten noch bei der Explorandin zuhause. Freundinnen habe die Versicherte keine, sie habe auch keinen Partner. Die psychosoziale Funktionsfähigkeit in der Beziehung mit ihren drei Söhnen, aber auch mit ihren beiden Eltern sowie ihren Geschwistern sei als weitgehend intakt zu beurteilen. Sozial könne die Versicherte als einigermaßen gut integriert beurteilt werden. Es liessen sich somit auch Ressourcen erkennen, diesbezüglich sei insbesondere die weitgehend intakte psychosoziale Funktionsfähigkeit der Versicherten zu nennen. Die Ressourcen seien insgesamt jedoch als nicht sehr ausgiebig zu betrachten. In der Persönlichkeitsstruktur liessen sich keine schwerwiegenden Psychopathologien erkennen, welche als Hinweise für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung gewertet werden könnten. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung könne nicht gestellt werden. Das Fähigkeitsniveau, gemessen am Ratingbogen Mini-ICF-APP, könne insgesamt aus rein psychiatrischer Sicht als leicht bis mittelgradig eingeschränkt beurteilt werden. Insbesondere seien die Durchhaltefähigkeit, aber auch die Gruppenfähigkeit sowie die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit als eingeschränkt zu betrachten. Die übrigen Items des Ratingbogens Mini-ICF APP könnten als nicht relevant eingeschränkt betrachtet werden. An Funktionseinschränkungen zu nennen seien die Beschwerden von Seiten der leicht- bis mittelgradigen depressiven

Episode auf dem Hintergrund der rezidivierenden depressiven Störung und auch die Beschwerden von Seiten der Panikstörung. Diese führten zu einer verminderten psychophysischen Belastbarkeit der Versicherten und dadurch auch der Arbeitsfähigkeit. Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen liegen bei der Beschwerdeführerin neben Einschränkungen somit auch positive soziale und persönliche Ressourcen vor. 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 führte der Gutachter aus, die Angaben der Beschwerdeführerin seien nicht immer konsistent. Beispielsweise habe die Versicherte während der ersten Untersuchung am 11. Mai 2023 berichtet, dass sie sich lediglich noch zu 20 bis maximal 30 Minuten konzentrieren könne. Bei beiden Untersuchungen, auch derjenigen vom 31. Mai 2023, welche 65 Minuten gedauert habe, hinterlasse sie jedoch einen stets sehr konzentrierten und aufmerksamen Eindruck und beklage keinerlei Schwierigkeiten mit der Konzentrationsfähigkeit. Des Weiteren beklage sie sich subjektiv über eine erhebliche Schmerzintensität. Während beiden Untersuchungen deuteten Mimik und Gestik jedoch zu keinem Zeitpunkt ein Schmerzerleben an. Des Weiteren falle auf, dass die Versicherte zeitweise vage und wenig fassbare Angaben mache, beispielsweise beklage sie sich über ausgeprägte Beschwerden im Sinne von panikartigen Ängsten. Gleichzeitig sei sie jedoch nicht in der Lage anzugeben, wie oft sie unter solch ausgeprägten Ängsten leide. Im Speziellen wisse sie nicht, ob solche panikartigen Ängste einmal monatlich oder einmal wöchentlich aufträten. All diese Diskrepanzen liessen sich aus psychiatrischer Sicht nicht begründen. Trotzdem sei von einem gewissen Leidensdruck aus psychiatrischer Sicht auszugehen. Des Weiteren falle auf, dass die Versicherte oft vage Angaben mache, diesbezüglich vor allem auch die Angaben betreffend den Tagesablauf. Dennoch entstehe insgesamt der Eindruck, dass sie die Alltagsarbeiten bewältigen könne, gleichzeitig gehe sie jedoch von einer absoluten Arbeitsunfähigkeit aus betreffend eine ausserhäusliche Tätigkeit. Als weitere Inkonsistenz sei die Tatsache zu nennen, dass sich die Versicherte bei der systematischen Befragung nach depressiven Beschwerden über eine absolute Freudlosigkeit beklage. Zu einem anderen Zeitpunkt der Anamneseerhebung berichte sie dann aber, dass sie an ihren Kindern Freude habe. Die Versicherte beklage sich zudem bei der systematischen Befragung nach depressiven Beschwerden über eine absolute Energielosigkeit. Während den aktuellen Untersuchungen hinterlasse sie jedoch einen sehr vitalen Eindruck. Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen ist somit das Vorliegen einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus zu verneinen. 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) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich führte der Gutachter aus, von einer Nichtinanspruchnahme von medizinisch-therapeutischen Leistungen könne nicht ausgegangen werden, die Versicherte befindet sich seit dem Jahre 2015 in psychiatrischer/psychologischer Behandlung in der Praxis Dr. B. \_\_\_ in [...]. Somit ist der Leidensdruck bei der Beschwerdeführerin

ausgewiesen. 5.2.2.2.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen damit als hinreichend ausgewiesen. Gestützt auf die einleuchtende Begründung der Diagnosestellung (s. E. II. 5.2.2.1 hiervor) und die vorgehende Indikatorenprüfung vermag die gutachterliche Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 70 % zu überzeugen. 5.2.2.2.4 Am Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens vermögen sodann auch die Rügen der Beschwerdeführerin sowie die dem Gutachten entgegenstehenden Berichte des behandelnden Psychiaters nichts zu ändern. Der Vertreter der Beschwerdeführerin rügt unter anderem, aus dem Gutachten gehe nicht hervor, wie gross die Häufigkeit der Panikattacken ausfalle und wie lange diese dauerten. Dies wiederum wäre aber unabdingbar für die Beurteilung des Schweregrades der Panikstörung und damit einhergehend mit der Frage des Fähigkeitsniveaus und der Arbeitsfähigkeit. Solche Informationen wären auch fremdanamnestisch zu erheben gewesen, so von der Familie oder der Ärzteschaft. Diesbezüglich ist, wie bereits erwähnt, festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin zur Häufigkeit der Panikattacken keine Angaben zu machen vermochte. Dementsprechend kann in antizipierter Beweiswürdigung davon ausgegangen werden, dass auch ihr behandelnder Psychiater diesbezüglich über keine weiterführenden Angaben verfügt. Wie der Gutachter zudem weiter ausführte, lasse es sich aus psychiatrischer Sicht nicht begründen, weshalb die Beschwerdeführerin nicht wisse, ob solche panikartigen Ängste einmal monatlich oder einmal wöchentlich aufträten. Angesichts dieser Inkonsistenzen ist es nicht zu beanstanden, dass der Gutachter in diesem Punkt auf die Einholung von fremdanamnestischen Auskünften verzichtete. Weiter rügt die Beschwerdeführerin, dem psychiatrischen Teilgutachten sei lediglich zu entnehmen, dass die Durchhaltefähigkeit, die Gruppenfähigkeit, die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit eingeschränkt seien, die übrigen Items indes nicht. Wie schwer die Einschränkung der Durchhaltefähigkeit sei, erfahre der Rechtsanwender nicht. Der Ratingbogen finde sich denn auch nicht in den Akten. Dieser sei durch das Gericht bei der E. \_\_\_ zu edieren. Dieser Rüge ist entgegenzuhalten, dass sich der psychiatrische Gutachter in seinem Gutachten sehr eingehend mit den Einschränkungen, Fähigkeiten und Ressourcen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt hat. Zudem ist seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Lichte der vorstehenden Indikatorenprüfung wohlbegründet und überzeugend. Des Weiteren hielt er fest, dass das Fähigkeitsniveau, gemessen am Ratingbogen Mini-ICF-APP, könne insgesamt aus rein psychiatrischer Sicht als leicht bis mittelgradig eingeschränkt beurteilt werden. Insbesondere seien die Durchhaltefähigkeit, aber auch die Gruppenfähigkeit sowie die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit als eingeschränkt zu betrachten. Gestützt darauf ist davon auszugehen, dass die von der Beschwerdeführerin angesprochene Durchhaltefähigkeit höchstens mittelgradig eingeschränkt ist, was sich ebenfalls unter die gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit von 70 % subsumieren lässt. Somit kann in antizipierter Beweiswürdigung auf die beantragte Einholung des Mini-ICF-APP Ratingbogens verzichtet werden. Schliesslich setzte sich der psychiatrische Gutachter überzeugend mit dem entgegenstehenden Bericht des behandelnden Psychiaters der Beschwerdeführerin, Dr. med. B. \_\_\_, auseinander: Im jüngsten Bericht von Herrn Dr. med. B. \_\_\_ vom 11. Juli 2022 würden eine posttraumatische Belastungsstörung, eine generalisierte Angststörung, dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen sowie eine rezidivierende depressive Störung (ohne Angabe des Schweregrads) diagnostiziert.

Bezüglich der Depression könne keine Stellungnahme erfolgen, da diese von Dr. med. B.\_\_\_\_ nicht näher begründet werde. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung könne aufgrund der aktuellen Untersuchung nicht bestätigt werden, wie weiter oben dargelegt. Die Diagnose einer generalisierten Angststörung lasse sich ebenfalls nicht bestätigen aufgrund der aktuellen Untersuchung, ebenso wenig die Diagnose einer dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörung. Die Kriterien hierfür könnten als nicht erfüllt betrachtet werden. Während der aktuellen Untersuchung beklage sich die Versicherte nicht über eine andauernde Angst. Differenzialdiagnostisch zur Panikstörung wäre eine Agoraphobie mit Panikstörung zu denken. Die Kriterien hierfür könnten jedoch nicht als vollumfänglich erfüllt betrachtet werden. Die von Herrn Dr. B.\_\_\_\_ diagnostizierten dissoziativen Störungen seien indes unter die Panikstörung zu subsumieren. Am Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens vermag des Weiteren auch der psychologische Bericht von Frau F.\_\_\_\_ vom 26. August 2024 (Beschwerdebeilage 10) nichts zu ändern. Hinsichtlich der von Frau F.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen kann auf die Ausführungen aus dem vorgehenden Abschnitt verwiesen werden. Sodann machte die behandelnde Psychologin unter anderem geltend, im Gutachten werde beschrieben, dass bei der Beschwerdeführer keine Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprobleme festgestellt werden könnten. Nach 40 Minuten habe die Patientin aber darauf hingewiesen, sich nicht mehr konzentrieren zu können aufgrund zunehmenden Drucks im Kopf. Sie, Frau F.\_\_\_\_, würde diese Symptomatik durchaus als Konzentrationsprobleme werten, welche sich bei der Beschwerdeführerin zusätzlich in körperlichen Symptomen zeigten. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass die von der Beschwerdeführerin subjektiv geäußerten Konzentrationsstörungen den objektiven Feststellungen des psychiatrischen Gutachters, wonach er keine Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprobleme habe feststellen können, grundsätzlich nicht entgegenstehen. Die diesbezüglichen gutachterlichen Schlussfolgerungen vermögen denn auch zu überzeugen. Des Weiteren machte Frau F.\_\_\_\_ geltend, sie gehe mit dem Gutachter nicht einig, dass die Patientin sozial gut integriert sei. Früher sei die Patientin ihren Aussagen nach sozial aktiv gewesen, habe Freundschaften gepflegt und ein sozial aktives Leben geführt. Dass sie ihre Kontakte zur Familie aufrechterhalte, liege daran, dass der Grossteil der Familie in ihrer Nähe lebe und der Aufwand entsprechend gering sei, um Kontakt zu halten. Frühere Freundschaften habe sie krankheitsbedingt nicht aufrechterhalten können. Ausser zur Familie pflege sie keine weiteren regelmässigen sozialen Kontakte, was für einen sozialen Rückzug spreche. Diesbezüglich kann auf das in E. II. 5.2.2.2.2 hiervor zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» Gesagte verwiesen werden. Daraus ist ersichtlich, dass sich der psychiatrische Gutachter differenziert mit den sozialen und persönlichen Ressourcen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt und nachvollziehbar dargelegt hat, in welchem Masse bei der Beschwerdeführerin ein sozialer Rückzug vorliegt. Im Übrigen ist die im Bericht von Frau F.\_\_\_\_ vom 26. August 2024 geltend gemachte gesundheitliche Verschlechterung seit der E.\_\_\_\_-Begutachtung in beweismässiger Hinsicht nicht erstellt. Frau F.\_\_\_\_ spricht in ihrem Bericht lediglich vage von einer kontinuierlichen Verschlechterung, ohne nachvollziehbar darzulegen, in welchen Bereichen und auf welche Weise sich diese mutmassliche Verschlechterung zeigt. 5.2.2.2.5 Zusammenfassend kann somit auf das beweismässige psychiatrische Teilgutachten des E.\_\_\_\_ abgestellt werden, zumal auch die retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im psychiatrischen Gutachten zu überzeugen vermag. Gemäss der gutachterlichen Einschätzung sei davon auszugehen, dass seit der Trennung vom Ehemann, im Jahre 2018 eine 30%-ige

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Zuvor lasse sich aus psychiatrischer Sicht nicht mit Sicherheit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. 5.3 Gestützt auf die überzeugenden Teilgutachten vermag auch die polydisziplinäre Gesamtbeurteilung der E.\_\_\_\_-Gutachter vom 30. Juni 2023 (IV-Nr. 109.4) zu überzeugen, wobei die Arbeitsfähigkeit ausschliesslich durch die psychische Problematik beeinträchtigt wird. Zusätzlich ist noch das aus rheumatologischer Sicht eingeschränkte Zumutbarkeitsprofil zu beachten (s. E. II. 5.2.1 hiervor). Wie zudem dem psychiatrischen Teilgutachten zu entnehmen ist, ist im Vergleich zur letztmaligen Rentenabweisung mit der Verfügung vom 24. April 2018 bzw. zum damals relevanten psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 6. November 2017 eine revisionsrelevante gesundheitliche Verschlechterung erstellt.

5.4 Schliesslich ist auf die anlässlich der Verhandlung vom 8. Juli 2025 erstmals vorgebrachte Rüge einzugehen, wonach die Adipositas der Beschwerdeführerin bislang nicht abgeklärt worden sei. Diese hätte im Zeitpunkt der Begutachtung zwingend untersucht werden müssen. Somit sei das E.\_\_\_\_-Gutachten vom 30. Juni 2023 nicht verwertbar. Wie diesbezüglich aus den Akten ersichtlich, wurde bereits im Bericht von Dr. med. K.\_\_\_\_ vom 22. Dezember 2014 (IV-Nr. 75, S. 14) eine Adipositas diagnostiziert. Konkretere Angaben zu dieser Diagnose finden sich in den Akten im Bericht des L.\_\_\_\_ vom 12. März 2020 (IV-Nr. 75, S. 50), worin eine Adipositas WHO Grad III (Grösse 174 cm, Gewicht 134 kg, BMI 44.3 kg/m<sup>2</sup>) diagnostiziert wurde. In den zeitlich nachfolgenden medizinischen Akten lässt sich sodann eine kontinuierliche Verbesserung der Adipositas feststellen. Hier ist beispielsweise auf den Bericht der M.\_\_\_\_, 18. November 2020 (IV-Nr. 75, S. 84) – Adipositas WHO Grad III, BMI 40.3 kg/m<sup>2</sup> Grösse 173 cm Gewicht 120.6 kg – sowie den Bericht der M.\_\_\_\_, 7. Oktober 2021 (IV-Nr. 75, S. 108) – Adipositas WHO Grad II, BMI 35.56 kg/m<sup>2</sup> Grösse 173 cm Gewicht 105.9 kg – zu verweisen. Gemäss Aktenlage fand diesbezüglich eine Behandlung mit dem Medikament Ozempic statt. Im Zeitpunkt der Begutachtungen von Mai bis Juni 2023 (vgl. IV-Nr. 103) ist somit von einer erheblichen Verbesserung der Adipositas auszugehen. Im Übrigen konnte auch das Gericht anlässlich der Verhandlung vom

## **E. 8**

Juli 2025 diesbezüglich eine weitere Verbesserung konstatieren. Hinzukommt, dass kein behandelnder Arzt hinsichtlich der damals vorliegenden Adipositas eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert hatte. Zusammenfassend bedurfte es somit keiner weitergehenden Abklärungen der Adipositas und es ist auch nicht zu beanstanden, dass die Adipositas nicht in der Diagnoseliste des E.\_\_\_\_-Gutachtens aufgeführt wurde.

6. Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Wie im beweiswertigen E.\_\_\_\_-Gutachten vom 30. Juni 2023 festgehalten wurde, besteht bei der Beschwerdeführerin seit der Trennung vom Ehemann, im Jahre 2018, eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit. In den anderen Fachbereichen bestand dagegen rückblickend weder in einer angepassten noch in der bisherigen Tätigkeit eine längerdauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Demnach ist das Wartejahr bzw. die in Art. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG genannte Voraussetzung einer während eines Jahres durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von 40 % nicht erfüllt, womit bei der Beschwerdeführerin kein Rentenanspruch entstehen konnte. Demnach muss keine Berechnung des Invaliditätsgrades vorgenommen zu werden.

7. Schliesslich verlangt die Beschwerdeführerin, ihr seien berufliche Massnahmen zuzusprechen, ohne dies jedoch zu begründen. Zudem geht aus dem psychiatrischen Teilgutachten der E.\_\_\_\_ hervor, dass die Beschwerdeführerin davon ausgehe, wegen ihrer Beschwerden zu keiner ausserhäuslichen Tätigkeit fähig zu sein (s. E. II. 5.2.2.2.2 hiervor). Damit dürfte es bereits an der subjektiven Eingliederungsfähigkeit fehlen. Der Anspruch auf berufliche Massnahmen ist somit abzuweisen.

8. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

Die Beschwerdeführerin steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 5. hiervor).

Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Vertreter der Beschwerdeführerin hat am 12. August 2024 und 8. Juli 2025 je eine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 4'635.95 geltend macht. Der Stundenansatz beträgt gemäss Entscheid der Gerichtsverwaltungskommission vom 19. Dezember 2022 für den ab 2023 angefallenen Aufwand CHF 190.00 In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 2'665.00 festzusetzen (12.45 Stunden zu CHF 190.00, zuzügl. Auslagen von CHF 99.80 und MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 807.50 (Differenz zum vollen Honorar [12.45 x CHF 250.00 + Auslagen + MwSt. = CHF 3'472.50; - CHF 2'665.00]), wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Der Unterschied zu den eingereichten Kostennoten ergibt sich einerseits daraus, dass für die unentgeltliche Rechtspflege für den ab 2023 angefallenen Aufwand ein Stundenansatz von CHF 190.00 gilt. Andererseits stellen mehrere Positionen Kanzleiaufwand dar (Orientierungskopien bzw. Kurzbriefe an die Klientin und die Sozialen Dienste, Fristerstreckungsgesuche, Einreichung Kostennote), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Sodann sind Kopien pro Stück nur mit 50 Rappen zu vergüten (§ 158 Abs. 3 Gebührentarif) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Zudem beträgt der Ansatz für die Vergütung von Fahrtspesen CHF 0.70 pro Kilometer (§ 157 Abs. 3 GT i.V.m. 161 lit. a GAV) und nicht CHF 1.00, wie beantragt.

8.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

