

SO_GERICHTE VSBES.2024.86 vom 21. Februar 2025

SO Obergericht, 2025-02-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2024.86_d20250221

FR: SO_GERICHTE VSBES.2024.86 du 21 février 2025

IT: SO_GERICHTE VSBES.2024.86 del 21 febbraio 2025

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (hier: 4. März 2024) eingetreten ist (Ueli Kieser in: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 ATSG N 109). 1.3 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechts-sätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, welche damals in Kraft standen.

E. 1.5

Jahre für eine Pizzeria als Küchenhilfe gearbeitet. Seit bald 20 Jahren sei sie nun bei der Firma S.____ angestellt. Sie habe immer dieselbe Arbeit ausgeübt. Seit dem 10. März 2019 bis auf weiteres sei sie zu 100 % arbeitsunfähig. Eine Arbeitsaufnahme stehe gemäss Arzt in weiter Ferne. Ohne Gesundheitsschaden würde sie 100 % arbeiten. Sie hätte früher gerne zu 100 % gearbeitet, doch sei es bei der Firma S.____ nicht möglich gewesen. Die Beschwerdeführerin sei verheiratet und Mutter von zwei erwachsenen Töchtern. Sie habe zwei Enkelkinder im Alter von 1.5 und 3 Jahren und grosse Freude an den beiden. Kümmern könne sie sich nicht mehr um sie. Sie könne sich teilweise kaum bewegen und sich deswegen nicht einmal um sich selbst sorgen. Seien die Kinder zu Besuch, sei ihr Mann auch zu Hause. Sie erhalte weiterhin den vollen Lohn durch die Taggeldversicherung. Ihr Mann sei auch berufstätig, er arbeite in einem vollen Pensum in einer Fabrik. Früher habe sie mehr mit den Kindern gespielt und sich um sie gekümmert. Sie habe auch gerne gelesen, was jedoch nun wegen der Augen nicht mehr lange gehe. Sie sehe nicht mehr so gut, trage eine Brille, doch die Augen ermüdeten rasch. Zum Tagesablauf habe die Beschwerdeführerin angegeben, zwischen 7.00 und 7.30 Uhr aufzustehen, dann zuerst ihre Tabletten zu nehmen. Anschliessend trinke sie einen Kaffee. Wenn es gehe, gehe sie etwas nach draussen, ansonsten lege sie sich wieder hin. Je nach Schmerzen koche sie das Mittagessen, dies sei bis viermal wöchentlich möglich, oder schaue TV. Habe sie gekocht, räume sie das Geschirr in die Abwaschmaschine. Anschliessend gehe sie je nach Befinden

nach draussen etwas spazieren (10 – 15 Minuten, danach Pause), bekomme vielleicht Besuch von ihrer Tochter. Das Gehen falle ihr schwer. Es fühle sich an, als würde sie eine Last mit sich ziehen. Im Haushalt brauche sie Unterstützung (die jüngere Tochter, welche noch zu Hause wohne, helfe). Sie könne selbst die Wäsche in die Maschine legen, abstauben und Geschirr einräumen. Die Einkäufe erledige ihr Mann oder die jüngere Tochter.

7.2.2 Im Gutachten der Gutachterstelle D.____ vom 2. April 2020 (IV-Nr. 26 S. 65 ff.) wurde zur Arbeitsbiografie festgehalten, die Beschwerdeführerin habe 1995 während drei Monaten eine temporäre Stelle als Reinigungsangestellte in einem Putzinstitut innegehabt, habe danach abends und am Samstag in einer Metzgerei geputzt, bevor sie eine Anstellung als Reinigungskraft in einem Restaurant erhalten habe. Dort sei sie bis zum Konkurs des Betriebes während 15 Monaten tätig gewesen. Anschliessend habe sie während zwei Jahren Arbeitslosenunterstützung bezogen und in dieser Zeit eine temporäre dreimonatige Anstellung im Lager der Firma R.____ innegehabt, bevor sie im Jahr 2000 eine Anstellung als Mitarbeiterin Office bei der Firma S.____ mit einem 80%-Pensum erhalten habe (IV-Nr. 26 S. 81). Dort habe sie in der Küche den Abwasch und die Reinigung gemacht und sei mit ihrer Arbeit zufrieden gewesen. Vor zwei bis drei Jahren sei ein neuer Chef gekommen und es sei Personal eingespart worden. Deshalb habe sie ihr Pensum von 80 % auf 50 % reduzieren müssen. Der Arbeitsdruck sei aufgrund der Personaleinsparung angestiegen. So habe sie die Arbeit, die zuvor vier Personen gemacht hätten, inzwischen allein gemacht. Persönliche Probleme habe sie mit dem Chef nicht gehabt und mit ihren Arbeitskolleginnen sei sie sehr gut ausgekommen. Man sei mit ihr zufrieden gewesen, trotzdem habe sie aufgrund der anhaltenden Arbeitsunfähigkeit im Krankenstand die Kündigung per Ende April 2020 erhalten. Aktuell sei sie von ihrem Hausarzt weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Der Hausarzt habe gesagt, sie sei nicht arbeitsfähig und müsse zuerst gesund werden. Sie selbst sehe sich auch nicht als arbeitsfähig an, da sie ja auch zu Hause nicht viel machen könne (IV-Nr. 26 S. 71).

7.2.3 Dem Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug) der Ausgleichskasse des Kantons [...] vom 28. April 2020 (IV-Nr. 25 S. 3 f.) ist Folgendes zu entnehmen: Die Beschwerdeführerin war von August bis Dezember 1996 bei der Firma W.____, [...], tätig, wo sie CHF 8'554.00 verdiente. Von Februar bis September 1997 war sie bei der Firma X.____, [...], beschäftigt (CHF 3'912.00) und von September bis Dezember 1998 erwirtschaftete sie bei der Firma Y.____, [...], insgesamt CHF 36'700.00 (1997: CHF 6'300.00 und 1998: CHF 30'400.00). Von Januar bis September 1999 bezog die Beschwerdeführerin sodann eine Arbeitslosenentschädigung von total CHF 18'345.00. Von September bis Oktober 1999 war sie in der Beschäftigungswerkstätte in [...] tätig (CHF 2'836.00) und von Dezember 1999 bis April 2000 bezog sie erneut eine Arbeitslosenentschädigung von total CHF 8'717.00 (1999: CHF 565.00, 2000: CHF 8'152.00). Von Januar 2001 bis Dezember 2019 war die Beschwerdeführerin sodann bei der Firma S.____ tätig. Während dieser Zeit verdiente sie insgesamt CHF 602'465.00 (2001: CHF 35'167.00, 2002: CHF 37'236.00, 2003: CHF 37'263.00, 2004: CHF 37'484.00, 2005: CHF 38'736.00, 2006: CHF 38'066.00, 2007: CHF 39'110.00, 2008: CHF 39'131.00, 2009: CHF 38'216.00, 2010: CHF 32'321.00, 2011: CHF 38'690.00, 2012: CHF 39'913.00, 2013: CHF 39'361.00, 2014: CHF 39'884.00, 2015: CHF 42'944.00, 2016: CHF 37'787.00, 2017: CHF 28'385.00, 2018: CHF 23'612.00, 2019: CHF 7'047.00).

7.2.4 Anlässlich der gutachterlichen Exploration von Prof. Dr. med. G.____ vom 26. März 2021 (IV-Nr. 45.3) gab die Beschwerdeführerin Folgendes an: Sie habe über 17.5 Jahre mit einem Pensum von 80 % gearbeitet und dieses dann vor 2.5 Jahren auf ein Pensum von 50 % reduziert. Es sei ihr zu anstrengend geworden. Wegen der

Personalreduktion sei die Arbeit verdichtet worden. Sie habe stets als Küchenmitarbeiterin gearbeitet. Der Beschwerdebeginn sei vor 1.5 Jahren gewesen. Auslöser sei ein Arbeitsunfall vor 1.5 Jahren gewesen. Es seien von oben Töpfe auf ihre Schultern gefallen, so dass auch ihr Fuss verletzt worden sei. Sie sei dann in den folgenden Tagen noch in die Ferien gegangen. Dort hätten sich starke Rückenschmerzen entwickelt. Die Rückfahrt sei so schwierig gewesen, dass man den Autositz in die Liegeposition habe bewegen müssen. Wegen den Schmerzen habe sie auch zunehmend keinen Schlaf gefunden. Weil sie die Kündigung befürchtet habe, sei sie dann doch wieder zur Arbeit gegangen. Dort sei es zu einem Zusammenbruch gekommen. Sie sei mit dem Krankenwagen ins Spital gebracht worden. Danach sei sie längere Zeit vom Hausarzt arbeitsunfähig geschrieben worden. Obwohl ihr der Hausarzt abgeraten habe, sei sie aus Angst vor einer Kündigung immer wieder zur Arbeit gegangen. Die folgende rheumatologische Behandlung habe nichts geholfen bzw. nur vorübergehend. Der Hausarzt habe sie dann auch weiter arbeitsunfähig geschrieben und ihr ein Zeugnis über angepasste Tätigkeiten ausgefüllt. Das letzte Mal sei sie im August 2020 in [...] im Urlaub gewesen. Sie habe den Urlaub und die Rückfahrt mit vielen Pausen bewältigt (IV-Nr. 45.3 S. 9). Seit einem Jahr wohne sie in einer Dreizimmerwohnung zur Miete, um in der Nähe der Töchter zu sein. Eine Tochter wohne auch in der Wohnung. Die Beschwerdeführerin mache im Haushalt so viel sie könne, wobei sie den Einkauf mit dem Mann mache, eventuell koche und auch noch die Wäsche erledige. Das meiste mache jedoch die Tochter. Der 60jährige Ehemann habe zu 100 % in einer Kartonfabrik gearbeitet, die jetzt geschlossen worden sei. Seit September 2020 habe er keine Arbeit mehr. Die Tochter (geb. 1987) sei für zwei Tage in der Woche in verschiedenen Filialen der Firma [...] als Verkäuferin tätig. Die Beschwerdeführerin und ihr Mann lebten von der Unterstützung der Tochter und der Arbeitslosenunterstützung (IV-Nr. 45.3 S. 9).

7.2.5 Dem rheumatologischen Teilgutachten vom 22. Januar 2021 von Dr. med. F.____ (IV-Nr. 44.1 S. 28) ist weiter zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin in [...] nicht ausserhäuslich berufstätig gewesen sei. Am 17. April 1995 sei die Einreise in die Schweiz erfolgt. Von 1997 – 1999 habe die Beschwerdeführerin Küchenarbeit in einer Pizzeria, in [...] (100%-Pensum), gemacht. Vom 5. Mai 2000 – 30. April 2020 sei sie sodann als Office Angestellte bei der Firma S.____, [...] (80%-Pensum), tätig gewesen. Seit dem 11. März 2019 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Seither sei sie keiner ausserhäuslichen Tätigkeit mehr nachgegangen. Die Beschwerdeführerin sei auf dem Arbeitsamt und stemple (Vermittelbarkeit: 100 %). Gemäss den Akten (Bericht vom 2. Juli 2020 [recte: Verfügung vom 2. Juli 2020], IV-Nr. 35) sei sie seit dem 23. Mai 2020 vermittlungsfähig. Die Beschwerdeführerin habe am 18. Juni 1984 geheiratet und am 8. April 1985 und 19. August 1987 zwei Töchter bekommen. Sie wohne zusammen mit ihrem Mann und ihrer jüngeren Tochter in einer 3.5-Zimmer-Mietwohnung im 2. Stock mit Lift. Der Ehemann sei im Moment krankgeschrieben, die Firma bei der er gearbeitet habe, sei zugegangen. Er habe in der Produktion gearbeitet. Ihr Mann sei auch bei der Beschwerdegegnerin angemeldet. Er habe viele gesundheitliche Probleme. Sie sei nicht bei der Sozialhilfe.

7.2.6 Im «Situationsbericht Haushalt» vom 13. Juni 2022 (IV-Nr. 60) hielt die Abklärungsfachfrau I.____ fest, die 55jährige Beschwerdeführerin sei [...] Staatsbürgerin und am 17. April 1995 in die Schweiz eingereist. Sie sei verheiratet und Mutter von zwei mittlerweile erwachsenen Töchtern. Sie habe keine Berufsausbildung und sei von 5. Mai 2000 – 30. April 2020 bei der Firma S.____ angestellt gewesen. Sie sei Office-Mitarbeiterin gewesen, zuerst im 80%-Pensum, habe aber dann selbständig auf circa 47 % reduziert, da ihr die Arbeit aufgrund der Reduktion der Belegschaft zu viel geworden sei und die

Schmerzsymptomatik zugenommen habe. Der Ehemann habe im Gegenzug sein Pensum gesteigert. Allgemeinüblich würden krankheitskausale Beeinträchtigungen bei der Stuserhebung (Zustand im Validitätsfall) ausgeblendet. Aktenanamnestisch leide die Beschwerdeführerin schon seit Jahren unter Schmerzen. Darin begründe sich, dass die Beschwerdeführerin das früher ausgeübte Erwerbspensum im Ausmass von 80 % nach dem Personalabbau nicht halten können bzw. in der Folge reduziert habe. Gemäss dem Intake-Gespräch vom 16. Oktober 2019 hätte die Beschwerdeführerin gerne 100 % gearbeitet, doch sei dies bei der Firma S.____ nicht möglich gewesen. Die Beschwerdeführerin habe über 17 Jahre in einem 80%-Pensum gearbeitet und ihr Pensum während dieser Zeit nie erhöht. Es sei somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall ihr Pensum von 80 % weiterhin beibehalten hätte. Die Beschwerdeführerin wäre heute – bei voller Gesundheit – mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weiterhin einer ausserhäuslichen Tätigkeit im Ausmass von 80 % nachgegangen. Entsprechend fielen 20 % in den Aufgabenbereich Haushalt. Demzufolge komme zur Ermittlung des Invaliditätsgrades die gemischte Bemessungsmethode zur Anwendung. Die Kündigung sei durch den Arbeitgeber per 30. April 2020 aus gesundheitlichen Gründen erfolgt. Die Beschwerdeführerin lebe zusammen mit ihrem Ehemann und einer ihrer beiden Töchter in einer Dreizimmerwohnung. Unter Berücksichtigung der Schadenminderungspflicht des Ehemannes und der im gemeinsamen Haushalt lebenden Tochter sowie der Möglichkeit, den Haushalt in Etappen zu führen, resultiere keine Einschränkung im Haushalt. 7.2.7 Die Abklärungsfachfrau I.____ hielt in der «Stellungnahme zum Einwand betreffend den Status» vom 24. März 2023 (IV-Nr. 74 S. 2) fest, es sei korrekt, dass die Beschwerdeführerin im Intake-Gespräch vom 16. Oktober 2019 und somit mit Aussage der ersten Stunde angegeben habe, dass sie im Gesundheitsfall gerne 100 % gearbeitet hätte. Die Beschwerdeführerin gebe im Intake-Gespräch auch an, dass das gewünschte Pensum von 100 % jedoch bei der Firma S.____ nicht möglich gewesen sei. Sie habe mit einem Pensum von 80 % über 17.5 Jahre gearbeitet und dann aus gesundheitlichen Gründen auf ein Pensum von 50 % reduziert. Auch wenn die Beschwerdeführerin den Wunsch gehabt habe – bei voller Gesundheit – einem 100%-Pensum nachzugehen, sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sie den langjährigen Arbeitgeber nicht gewechselt und somit die Stelle, welche sie bereits 17 Jahren innegehabt habe, behalten hätte. Da eine Erhöhung auf ein 100%-Pensum in dieser Anstellung nicht möglich gewesen wäre, sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin – bei voller Gesundheit – in einem 80%-Pensum weitergearbeitet hätte. 7.3 Gestützt auf die vorangehenden Ausführungen ist Folgendes festzuhalten: Während sich die ungelernete Beschwerdeführerin auf den Standpunkt stellt, im Gesundheitsfall zu 100 % ausserhäuslich tätig zu sein, geht die Beschwerdegegnerin davon aus, dass die Beschwerdeführerin nur zu maximal 80 % ausserhäuslich tätig wäre. Was die Abklärungsfachfrau I.____ hierzu im «Situationsbericht Haushalt» vom 13. Juni 2022 (vgl. E. II. 7.2.6 hiervor) ausgeführt hat, vermag zu überzeugen. So ist gerade mit Blick auf die im IK-Auszug vom 28. April 2020 dokumentierten (vgl. E. II. 7.2.3 hiervor), seit 2001 erzielten, Erwerbseinkommen davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bisher – jedenfalls seit ihrer Einreise in die Schweiz – nie einer Erwerbstätigkeit zu 100 % nachgegangen ist. So hat die Beschwerdeführerin auch das vom 5. Mai 2000 bis zum 30. April 2020 ausgeübte Arbeitspensum nicht auf 100 % erhöht. In den vorliegenden Akten sind in diesem Zusammenhang weder Bemühungen, um eine entsprechende

Pensenerhöhung, noch Bemühungen, um eine Anstellung zu 100 % in einem anderen Betrieb zu entnehmen. Aus dem Arbeitgeberfragebogen der Firma S. ___ geht vielmehr hervor, dass die Beschwerdeführerin ihr Arbeitspensum auf eigenen Wunsch hin ab 1. April 2017 von 80 % auf 47 % reduziert habe (IV-Nr. 31 S. 2). Dies, weil ihr der Arbeitsdruck infolge Reduktion der übrigen Belegschaft zu viel geworden sei (IV-Nrn. 45.2 S. 4, 45.3 S. 9). Das von der Beschwerdeführerin anlässlich des Intake-Gesprächs geäußerte Wunschpensum von 100 % ohne Gesundheitsschaden erscheint unter diesen Umständen nicht überwiegend wahrscheinlich. Dem von der Beschwerdegegnerin betreffend das Intake-Gespräch vom 16. Oktober 2019 angeführten Beweisgrundsatz der «Aussage der ersten Stunde» (A.S. 17, 40) kann nicht unbesehen gefolgt werden. Obschon diesem allgemeinen Beweisgrundsatz gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ein hohes Gewicht beizumessen ist, da eine entsprechende Aussage in der Regel unbefangen und zuverlässig und ohne von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst zu sein, getätigt wird (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_113/2016 vom 6. Juli 2016 E. 3.1 und 9C_565/2015 vom 2. Dezember 2015 E. 5.1), kann im vorliegenden Fall aufgrund der Arbeitsbiographie der Beschwerdeführerin mit einem über 17 Jahre ausgeübten Arbeitspensum von 80 % nicht auf dieses «Wunschpensum» geschlossen werden. Daran vermag auch das Vorbringen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern, wonach sie im Zeitpunkt des Intake-Gesprächs noch nicht anwaltlich vertreten gewesen sei (A.S. 40).

7.4 Die Beschwerdegegnerin ist somit zu Recht davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin bei voller Gesundheit einem ausserhäuslichen Arbeitspensum von (gerundet) 80 % nachginge. Es kann folglich auch dem durch die Beschwerdegegnerin festgestellten Status von 80 % Erwerbstätigkeit : 20 % Haushalt (A.S. 3) gefolgt werden.

8. Nachfolgend ist der von der Beschwerdegegnerin errechnete Invaliditätsgrad anhand der gemischten Berechnungsmethode unter Berücksichtigung des Einkommens- und des Betätigungsvergleichs zu beurteilen.

8.1 Die Anmeldung zum Leistungsbezug ging bei der Beschwerdegegnerin am 14. August 2019 ein (IV-Nr. 3). Der früheste Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG fällt somit auf den 1. Februar 2020. Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG war zu diesem Zeitpunkt noch nicht verstrichen (Beginn: 1. März 2019). Somit fällt der frühestmögliche Rentenbeginn auf den 1. März 2020, womit das in diesem Zeitpunkt – und somit das vor dem 1. Januar 2022 – geltende Recht anwendbar ist (vgl. E. II. 1.3 hiervor).

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

8.3 Beim Einkommensvergleich werden in der Regel die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegen-übergestellt, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Soweit die fraglichen Einkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der Umstände im Einzelfall zu schätzen und die so

gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, vgl. BGE 128 V 29 E. 1 S. 30; Urteil des Bundesgerichts 9C_354/2021 vom 3. November 2021 E. 4.1). Validen- und Invalideneinkommen sind dabei auf zeitidentischer Grundlage zu erheben (BGE 129 V 222 E. 4.2 S. 224).

8.4 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (vgl. BGE 129 V 222 mit Hinweis) – hier: 1. März 2020 (vgl. E. II. 8.1 hiervor) – nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.1). Da die ungelernete Beschwerdeführerin die zuletzt ab 1. April 2017 noch zu 47 % ausgeübte berufliche Tätigkeit als «Mitarbeiterin Office / Gasträum» bei der Firma S.____ aus gesundheitlichen Gründen im März 2019 aufgeben musste, ist mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sie diese Arbeit im Gesundheitsfall weiterhin ausgeübt hätte. Für die Bestimmung des Valideneinkommens ist somit auf das in der Firma S.____ erzielte Erwerbseinkommen abzustellen. Die Beschwerdegegnerin stützte sich daher beim Valideneinkommen korrekterweise auf den Fragebogen für Arbeitgebende der Firma S.____ vom 23. Juni 2020 (IV-Nr. 31) und rechnete das bei einem Arbeitspensum von 47 % erzielte Einkommen von CHF 24'401.00 im Jahr (S. 5) auf ein Arbeitspensum von 100 % hoch (S. 5). Das so errechnete Valideneinkommen von CHF 51'917.00 ist nicht zu beanstanden.

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

8.5.1 Es ist davon auszugehen, dass es der Beschwerdeführerin seit Mitte Dezember 2019 (nach der Hospitalisation in der Klinik C.____, IV-Nr. 45.3 S. 17) möglich wäre, eine Verweistätigkeit zu 60 % auszuüben (vgl. E. II. 6 hiervor). Gestützt auf die vorliegenden Akten ist indes davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin keiner beruflichen Tätigkeit nachgeht. Deshalb muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden. Gemäss LSE 2020, TA1_tirage_skill_level ist von einem monatlichen Bruttolohn f. Frauen von CHF 4'276.00 auszugehen (LSE 2020 TA1_tirage_skill_level, Total, Frauen, Kompetenzniveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»). Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41,7 und das Jahr hochzurechnen ($CHF\ 4'276.00 \times 12 \times 41,7 = CHF\ 53'492.80$) und an das Arbeitspensum von 60 % anzupassen. Damit ergibt sich ein Invalideneinkommen von gerundet CHF 32'096.00.

8.5.2 Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Ob sich ein solcher rechtfertigt, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht mit voller Kognition zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 am Anfang). Die Beschwerdeführerin kann eine angepasste Tätigkeit ganztätig ausüben. Die aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs und des etwas reduzierten Rendements festgelegte Leistungseinschränkung von 40 % ist

beim Tabellenlohnabzug nicht ein zweites Mal zu berücksichtigen (s. Hinweise bei Philipp Egli / Martina Filippo / Thomas Gächter / Michael E. Meier: Grundprobleme der Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung, S. 230 f. Rz 668 ff.). Was den Faktor Alter anbelangt, muss sich dieser nicht (zwingend) lohnsenkend auswirken. Die Beschwerdeführerin war im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 4. März 2024 58 Jahre alt. Bei Frauen im Alterssegment von 50 bis 64 / 65 Jahren – zu denen die Beschwerdeführerin zählt – wirkt sich das Alter gemäss den LSE-Erhebungen bei Stellen ohne Kaderfunktion sogar lohn erhöhend aus (vgl. Tabelle TA9, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert und Quartilbereich] nach Lebensalter, beruflicher Stellung und Geschlecht, Privater Sektor, 2020). Somit vermag das Alter der Beschwerdeführerin keinen Tabellenlohnabzug zu begründen. Im Übrigen kann diesbezüglich drauf hingewiesen werden, dass das Alter allein als ausschlaggebendes Kriterium bei Frauen erst ab dem Alter 63 anerkannt wird (vgl. Thomas Gächter / Philipp Egli / Michael Meier / Martina Filippo: Grundprobleme der Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung, Rechtsgutachten, Zürich / Winterthur 2021 [abrufbar unter www.wesym.ch], S. 13 N 31 f.). Auch die vielen Dienstjahre beim gleichen Arbeitgeber und der damit verbundene Umstand, dass in einem neuen Betrieb angefangen werden muss, sind im entsprechenden Anforderungsniveau nicht relevant (Urteil des Bundesgerichts 9C_874/2014 vom 2. September 2015 E. 3.3.2). So erfasst der Tabellenlohn im hier angewendeten Kompetenzniveau 1 eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb allein aufgrund der Tatsache, dass im Wesentlichen noch leichte Tätigkeiten möglich sind, kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_447/2019 vom 8. Oktober 2019 E. 4.3.2). Weiter ist zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin im Besitz der Niederlassungsbewilligung (C-Ausweis; IV-Nrn. 5 und 59) ist. Laut der LSE 2020, Tabelle T12_b, lag der Median des Verdienstes dieser Personengruppe bei Tätigkeiten «ohne Kaderfunktion» rund 12 % unter dem Totalwert. Unter Berücksichtigung dieses Aspektes erscheint ein Abzug von 5 % als angemessen. Für einen weitergehenden Abzug besteht kein Raum. Somit beträgt das Invalideneinkommen total CHF 30'491.20 (CHF 32'096.00 – 5 %).

8.6 Bei einem Valideneinkommen von CHF 51'917.00 und einem Invalideneinkommen CHF 30'491.20 beträgt die Erwerbseinbusse CHF 21'425.80 und die Einschränkung somit 41.27 %. Gestützt auf die Annahme, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu 80 % im Erwerbsbereich (mit einer Einschränkung von 41.88 %) und zu 20 % im Haushalt (ohne Einschränkung) tätig wäre, ergibt sich in Anwendung der gemischten Berechnungsmethode ab 1. März 2020 ein Invaliditätsgrad von 33.02 %. Dieser berechtigt nicht zum Bezug einer Invalidenrente (vgl. E. II. 8.2 hiervor). Daran würde sich selbst bei einem Abzug von insgesamt 10 % (wie dies die Beschwerdeführerin beantragt, A.S. 22) nichts ändern. Diesfalls würde das Invalideneinkommen CHF 28'886.40 betragen und die Einbusse CHF 23'030.60 (44.36 %), was zu einem IV-Grad von 35.49 % führen würde. Dieser würde ebenfalls nicht zu einem Rentenanspruch führen.

8.7 Die Beschwerdegegnerin hat aufgrund des ab 1. Januar 2024 abgeänderten Art. 26 bis Abs. 3 IVV einen weiteren Einkommensvergleich ab 1. Januar 2024 vorgenommen. Dieser ist nicht zu beanstanden. Die genannte Bestimmung sieht im Hinblick auf die Bestimmung des Invalideneinkommens eine pauschale Herabsetzung des statistisch bestimmten Wertes um zehn Prozent vor. Dieser Abzug erhöht sich auf 20 Prozent, wenn die funktionelle Leistungsfähigkeit 50 Prozent oder weniger beträgt (Abzug für Teilzeitarbeit; Art. 26 bis Abs. 3 IVV; vgl. auch die Medienmitteilung über die Sitzung des Bundesrates vom 18. Oktober 2023 in Erfüllung der Motion 22.3377,

abrufbar unter:

<https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-98253.html>, zuletzt besucht am 12. Februar 2025). 8.7.1 Unter Verweis auf die Ausführungen unter E. II. 8.4 hiervor ist für die Bestimmung des Valideneinkommens auf das in der Firma S.____ erzielte Erwerbseinkommen abzustellen. Die Beschwerdegegnerin stützte sich daher beim Valideneinkommen per 1. Januar 2024 korrekterweise auf die Angaben der Firma S.____ im Schreiben vom 16. Februar 2024 (IV-Nr. 86 S. 2). Somit entspricht das Valideneinkommen dem in diesem Schreiben für das Jahr 2024 ausgewiesenen Jahreseinkommen von CHF 56'550.00 (Grundlohn CHF 4'350.00 x 13; Beschäftigungsgrad 100 %). Dies ist nicht zu beanstanden. 8.7.2 Bei der Bestimmung des Invalideneinkommens per 1. Januar 2024 zog die Beschwerdegegnerin – wie auch bereits unter E. II. 8.5.1 hiervor ausgeführt – zu Recht die Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) bei. Gemäss LSE 2020, TA1_tirage_skill_level ist somit von einem monatlichen Bruttolohn für Frauen von CHF 4'276.00 auszugehen (LSE 2020 TA1_tirage_skill_level, Total, Frauen, Kompetenzniveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»). Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin korrekterweise auf die üblichen Wochenstunden von 41,7 und das Jahr hochgerechnet (CHF 4'276.00 x 12 [: 40 x 41,7] = CHF 53'492.80) und an das der Beschwerdeführerin noch mögliche Arbeitspensum von 60 % angepasst. Im Weiteren hat die Beschwerdegegnerin unter Berücksichtigung des seit 1. Januar 2024 in Kraft getretenen Art. 26 bis Abs. 3 IVV einen Pauschalabzug von 10 % gewährt und das Invalideneinkommen somit insgesamt auf CHF 29'290.00 festgesetzt. Dies wird von der Beschwerdeführerin nicht beanstandet und erscheint korrekt. 8.7.3 Bei einem Valideneinkommen von CHF 56'550.00 und einem Invalideneinkommen CHF 29'290.00 beträgt die Erwerbseinbusse CHF 27'260.00 und die Einschränkung somit 48.21 %. Gestützt auf die Annahme, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu 80 % im Erwerbsbereich (mit einer Einschränkung von 48.21 %) und zu 20 % im Haushalt (ohne Einschränkung) tätig wäre, ergibt sich in Anwendung der gemischten Berechnungsmethode ab 1. März 2020 ein Invaliditätsgrad von gerundet 38.57 %. Dieser Invaliditätsgrad berechtigt nicht zum Bezug einer Invalidenrente (vgl. E. II. 8.2 hiervor). 8.8 An den vorangegangenen Ausführungen vermag das Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach ihre Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr verwertbar sei, da sie aufgrund ihres Alters von 58 Jahren auf dem freien Arbeitsmarkt nicht mehr vermittelbar sei (A.S. 24), nichts zu ändern. So anerkennt die Rechtsprechung zwar, dass das (vorgerückte) Alter zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird. Massgebend sind die Umstände des konkreten Falles, etwa die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich. Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-) Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist grundsätzlich auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit abzustellen (BGE 145 V 2 E. 5.3.1 S. 16, 138 V 457 E. 3 S. 459 ff.; Urteil des Bundesgerichts 9C_702/2020, 9C_703/2020 vom 1. Februar 2021 E. 3.3 mit Hinweis). Im Zeitpunkt des bidisziplinären Gutachtens von Dr. med. F.____

und Prof. Dr. med. G.____ vom 26. März 2021 war die Beschwerdegegnerin 54 Jahre und neun Monate und alt und wies somit eine verbleibende Aktivitätsdauer von neun Jahren und drei Monaten auf. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin vermag somit das Alter der Beschwerdeführerin nicht zur Unverwertbarkeit ihrer Restarbeitsfähigkeit zu führen. Weitere Kriterien, die einer Verwertbarkeit derselben entgegenstünden, sind im vorliegenden Fall bei der Beschwerdeführerin nicht erkennbar. Dem Vorbringen der Beschwerdeführerin kann somit nicht gefolgt werden. 8.9 Zusammenfassend bestehen bei der Beschwerdeführerin ab 1. März 2020 ein Invaliditätsgrad von 33.02 % und ab 1. Januar 2024 ein solcher von 38.57 %. Diese errechneten Invaliditätsgrade berechtigen nicht zum Bezug einer Invalidenrente. 9. Mit der angefochtenen Verfügung vom 4. März 2024 (A.S. 1 ff.) wurde auch ein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen verneint. In der Beschwerdeschrift vom 18. April 2024 (A.S. 11 ff.) wird zwar die «Aufhebung der Verfügung» verlangt, jedoch bezieht sich die Beschwerdebegründung ausschliesslich auf den Rentenanspruch. Die beruflichen Massnahmen werden dabei lediglich dahingehend erwähnt, als Eingliederungsmassnahmen gewünscht seien (A.S. 25). Es ist daher – wie bereits erwähnt E. II. 5. hiervor – mangels Begründung auf die Beschwerde betreffend die beruflichen Massnahmen nicht einzutreten. 10. Damit ist die Verfügung vom 4. März 2024 im Ergebnis zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde – soweit darauf einzutreten ist – abzuweisen. 11. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 12. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

E. 2

) - Hypothyreose bei Verdacht auf Status nach Hashimoto-Thyreoiditis Januar 2012, unter Eltroxin substituiert - Status nach Enddarm-Operation circa 2012 - Status nach vaginaler totaler Hysterektomie mit Belassen der Adnexe bei Hypermenorrhoe bei Uterus myomatosus am 26. April 2010 - Status nach Operation eines gutartigen Brusttumor rechts 2009 Bei der bisherigen Arbeit als Office-Mitarbeiterin in einem Restaurant handle es sich um eine leichte bis zum Teil mittelschwere Tätigkeit. Aus rheumatologischer Sicht bestehe dabei eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund der psychosozialen Belastung mit dem Ende der Behandlung in der Klinik C.____ sowie der Verringerung der Therapiefrequenz in der ambulanten Therapie mit Beginn im Dezember 2019 zu 40 % beeinträchtigt, bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt (IV-Nrn. 45.2 S. 7, 45.3 S. 17). Als angepasste Tätigkeiten kämen aus rheumatologischer Sicht keine dauernd schweren Arbeiten in Frage, sondern nur leichte bis mittelschwer wechselbelastende Tätigkeiten. Es bestehe für jegliche altersentsprechende, in der Schweiz zu leistende, Frauenarbeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bezogen auf ein Ganztagspensum. Aus psychiatrischer Sicht gelte auch in einer angepassten Tätigkeit eine Einschränkung von 40 %. Bei der Arbeit sollten Zeitdruck und subjektiver Stress idealerweise fehlen und die Möglichkeit für Pausen bestehen. Da aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestünden, gelte die psychiatrische Beurteilung als Gesamtbeurteilung für die Fächer der Rheumatologie und Psychiatrie (IV-Nr. 45.2 S. 7 f.). Auf entsprechende Nachfrage der RAD-Ärztin Dr. med. H.____ vom

19. April 2021 und 27. Oktober 2021 (IV-Nrn. 48 und 52) hin, gab Prof. Dr. med. G. ___ im Schreiben vom 14. Februar 2022 (IV-Nr. 55) an, auch im Konsens müsse es korrekt heissen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der psychischen Erkrankung eine zu 40 % beeinträchtigte Arbeitsfähigkeit habe. 6.1 Nachfolgend ist der Beweiswert des bidisziplinären Gutachtens von Dr. med. F. ___ und Prof. Dr. med. G. ___ vom 26. März 2021 (IV-Nrn. 45.1 – 45.3, 44.1 – 44.3) zu prüfen: Das Gutachten stammt von unabhängigen Fachärzten der einschlägigen medizinischen Disziplinen der Rheumatologie und Psychiatrie, welche fachlich qualifiziert sind, die gesundheitliche Situation und die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu beurteilen. Die Experten haben die Beschwerdeführerin sodann u.a. zu ihren subjektiven Beschwerden und Lebensumständen befragt (IV-Nrn. 44.1 S. 20 ff. und 45.3 S. 8 ff.), die Befunde erhoben (IV-Nrn. 44.1 S. 29 ff., 45.3 S. 11 ff.), die wesentlichen Akten sowie relevante Auszüge aus diesen unter dem Titel «Aktenauszug» zur Kenntnis genommen (IV-Nrn. 44.1 S. 7 ff. und 45.3 S. 2 ff.) und eine Zusatzdiagnostik im Sinn von Laboruntersuchungen und einer Röntgenuntersuchung der HWS sowie der Hände veranlasst (IV-Nrn. 44.1 S. 39 f., 44.3). Dies alles in Anwesenheit der Dolmetscherin Frau K. ___, [...] (IV-Nrn. 44.1 S. 4, 29, 47, 45.3 S. 12). Auf dieser Grundlage befassten sich die Experten mit dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (IV-Nrn. 44.1 S. 40 ff., 45.3 S. 14 ff.) und gelangten sodann im Rahmen der «interdisziplinären Gesamtbeurteilung» (IV-Nr. 45.2 S. 1 ff.) zu einer gesamthaften Beurteilung, welche vor dem Hintergrund der objektivierbaren Befunde nachvollziehbar ist. 6.2 Es ist nachfolgend auf die beiden Teilgutachten und deren Beweiswert einzugehen und zu prüfen, ob die vorliegenden medizinischen Akten den Beweiswert allenfalls zu schmälern vermögen: 6.2.1 Im Rahmen des rheumatologischen Teilgutachtens vom 22. Januar 2021 (IV-Nr. 44.1) wies Dr. med. F. ___, Facharzt FMH für Rheumatologie und Facharzt FMH für Innere Medizin, keine rheumatologische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aus (IV-Nr. 44.1 S. 40). Dies vermag aufgrund der erhobenen, sich weitgehend als unauffällig präsentierenden, rheumatologischen Untersuchungsbefunde einzuleuchten. So wurde hierbei u.a. Folgendes festgehalten: Problemloses Ausziehen des Oberteils in einer kombinierten Bewegung Überkopf mit vollem Einsatz der Hände. Das Ausziehen der Hosen erfolge stehend ohne Behinderung zuerst auf der einen und dann auf der anderen Seite mit vollem Einsatz der Hände. Beim Besteigen der Untersuchungsfläche nicht behindert. Beim Drehen auf der Untersuchungsfläche nicht behindert. Die Beschwerdeführerin nehme bei dieser Lageänderung von sich aus den Langsitz ein (negativer Lasègue). Beim Anziehen nicht behindert (IV-Nr. 44.1 S. 30). Gangbild: Kein Schonhinken. Zehengang, Fersengang und Böckli-steigen beidseits normal. Wirbelsäulenform: Leicht verstärkte BWS-Kyphose mit Kopfpropulsion, leicht betonte LWS-Lordose (leichter Hohlrundrücken). Wirbelsäule im Lot, Schulter- und Beckengeradstand. Halswirbelsäule: Kinn-Jugulum-Abstand 2 / 16 cm. Flexion 30 °, Extension 20 °, Seitneigung beidseits 40 °, Rotation beidseits 45 °, damit normales Bewegungsausmass für leichte Kopfpropulsion. Endphasig leichte Angabe von Schmerzen. Diffuse Druckdolenzen aber keine Verspannungen der Zervikalregion beidseits. Diffuse Druckdolenzen und leichte Verspannungen der Supraspinatuspartien beidseits, typisch für Kopfpropulsion. Auch Reklination und Rotation nach beiden Seiten triggere keine Brachialgien (zervikale radikuläre Provokationsmanöver negativ). Brustwirbelsäule: Keine Bewegungseinschränkung für Flexion, Extension, Seitneigung beidseits, damit normales Bewegungsausmass. Endphasig keine Angabe von Schmerzen. Keine Druckdolenzen und keine Verspannungen der thorakalen Rückenmuskulatur.

Lendenwirbelsäule: Keine Bewegungseinschränkung für Seitneigung beidseits, Flexion allerdings diskret eingeschränkt. Damit normales Bewegungsausmass für leichtes Hohlkreuz. Endphasig jeweils Angabe von Schmerzen. Befragt stärkere Schmerzen beim Vornüberbeugen als beim Aufrichten. Kein Hochkletterphänomen. Druckdolenzen beider Beckenkämme, aber keine Verspannungen der Lumbalregion. Kein lumbaler paravertebraler Hartspann. Trendelenburg-Zeichen normal. Duchenne-Zeichen normal. Hände beidseits: Normal. Gaenslen beidseits angedeutet Schmerzangabe, damit formal leicht positiv, aber keine Synovitiden. Tinnel-Test negativ. Phalen-Test negativ. Handgelenke beidseits: Normal. Kein Handgelenkvolarflexionsschmerz. Keine Synovitiden. Ellbogen beidseits: Flexion / Extension 140 °– 0 °– 0 °. Normal. Keine Synovitiden. Schultern beidseits: Aktiv Flexion 160 °, Abduktion 160 °. Jeweils Angaben von Schmerzen. Passiv Abduktion 90 °, Aussenrotation / Innenrotation 45 ° – 0 °– 90 °. Keine Schmerzen. Nackengriff normal. Schürzengriff normal. Keine Atrophien im M. supraspinatus oder M. infraspinatus. Knie beidseits: Flexion / Extension 130 °– 0 °– 0 °. Kein Erguss. Keine Instabilität (Kreuz- oder Seitenbänder). Keine Meniskuszeichen. OSG beidseits: Normal. Keine Synovitiden. Fussform beidseits: Leichte Spreizfüsse. Gaenslen beidseits negativ. Keine Synovitiden. Obere Extremitäten: Kraft normal. Sensibilität normal. Reflexe (BSR, RPR, TSR) normal. Keine muskulären Atrophien von Ober- und Unterarmen. Untere Extremitäten: Kraft normal, Sensibilität und die Reflexe (PSR, ASR) normal. Lasègue beidseits negativ. Umgekehrter Lasègue beidseits negativ. Keine muskuläre Atrophie der Ober- oder Unterschenkel. Iliosacralgelenke: Normal (Spine-Test). Waddell-Zeichen: Scheinrotation negativ. Achsenstossschmerz positiv. Feines Bestreichen der Haut löse Schmerzen aus, d.h. positiv. Aus diesen gutachterlichen Befunderhebungen geht insbesondere hervor, dass trotz der festgestellten Kopfpropulsion und des leichten Hohlkreuzes bei der Beschwerdeführerin normale Bewegungsausmasse bestehen. Unter diesen Umständen und aufgrund der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin auch bei der gutachterlichen Untersuchung unauffällige Bewegungsabläufe präsentierte, erscheint die gutachterliche Einschätzung plausibel, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt sei. Dr. med. F.____ ging ferner auf die durch die Beschwerdeführerin beklagten, seit ungefähr sieben Jahren bestehenden, Schmerzen ein (IV-Nr. 44.1 S. 23 f.), wobei er eine mögliche Fibromyalgie thematisierte (IV-Nr. 44.1 S. 34 ff.). In diesem Zusammenhang befasste er sich mit den «ARA Kriterien 1990 der Fibromyalgie» und der «New Clinical Fibromyalgia Diagnostic Criteria, ACR 2010» (IV-Nr. 44.1 S. 34 ff.). Gestützt auf die durch den rheumatologischen Gutachter überzeugend präsentierten Ergebnisse der «New Clinical Fibromyalgia Diagnostic» vermag einzuleuchten, dass bei der Beschwerdeführerin ein Fibromyalgie-Syndrom (= FMS) besteht. So seien die Diagnosekriterien nämlich erfüllt, wenn drei Voraussetzungen gegeben seien: 1. Wenn beim Widespread Pain Index (WPI) ≥ 7 und beim Symptom Severity (SS) Scale Score ≥ 5 oder beim WPI 3 – 6 und beim SS ≥ 9 Punkte erzielt würden. 2. Die Symptome in gleicher Intensität seit mindestens drei Monaten bestünden. 3. Der Patient nicht an einer anderen Krankheit oder Störung leide, die die Beschwerden und Schmerzen erklärten (IV-Nr. 44.1 S. 35). Da die Beschwerdeführerin beim WPI 16 Punkte und beim SSC 11 Punkte erreicht habe, die Symptome in gleicher Intensität seit mindestens drei Monaten bestünden und die Beschwerdeführerin nicht an einer anderen Krankheit oder Störung leide, die die Beschwerden und Schmerzen begründeten, leuchtet die gutachterliche Schlussfolgerung ein, wonach ein Fibromyalgie-Syndrom (FMS) bestehe (IV-Nr. 44.1 S. 38). Aufgrund der im Rahmen der rheumatologischen Begutachtung am 19. Januar 2021 durchgeführten

Röntgenuntersuchung der HWS in zwei Ebenen (IV-Nr. 44.1 S. 39 f.) mit normalen Alignements, erhaltenen Wirbelkörper- und Bandscheibenhöhen, etwas Betonung der Intervertebralgelenke im Sinn von Intervertebralgelenksarthrosen, Spondylose Unterkante C4 und Unterkante C5, sowie im ap-Bild festgestellten, etwas prominenten, Querfortsätzen von C7, überzeugt auch die weitere Beurteilung des rheumatologischen Gutachters, wonach altersentsprechende degenerative Veränderungen der HWS bestünden. Ähnlich verhält es sich sodann auch in Bezug auf die Röntgenuntersuchung der Hände dv beidseits vom 19. Januar 2021 mit objektivierten degenerativen Veränderungen im DIP I und II, die Dr. med. F. ___ in nachvollziehbarer Weise als altersentsprechende, beginnende, sehr diskrete Veränderungen im Bereich beider Hände beschrieb (IV-Nr. 44.1 S. 49). Das rheumatologische Teilgutachten ist somit grundsätzlich beweiswertig. 6.2.2 Es ist zu prüfen, ob die medizinischen Vorakten den grundsätzlichen Beweiswert des rheumatologischen Gutachtens von Dr. med. F. ___ allenfalls zu schmälern vermögen. Unter dem Titel «Diskrepanzen zwischen der Aktenlage und der gutachterlichen Beurteilung» (IV-Nr. 44.1 S. 53 ff.) setzte sich Dr. med. F. ___ mit den relevanten medizinischen Vorakten auseinander. Darauf ist nun einzugehen: Dr. med. F. ___ ging unter dem Titel «Diskrepanzen zwischen der Aktenlage und der gutachterlichen Beurteilung» zunächst auf die Berichte des die Beschwerdeführerin behandelnden Rheumatologen Dr. med. L. ___, Facharzt Rheumatologie FMH, ein (IV-Nr. 44.1 S. 53). In Bezug auf den Bericht vom 19. April 2012 (IV-Nr. 16 S. 36 ff.), in welchem Dr. med. L. ___ ein myofasiales Schmerzsyndrom einerseits im Schultergürtelbereich, andererseits im Beckenbereich mit – abgesehen von den Druckdolenzen – unauffälligem klinischen Status festhielt, führte Dr. med. F. ___ aus, es dominierten auch heute myofasiale Befunde. Somit bestätigt der rheumatologische Gutachter das bereits im Bericht des behandelnden Rheumatologen vom 19. April 2012 festgestellte Schmerzsyndrom mit Schmerzen am Bewegungsapparat. Betreffend den weiteren Bericht von Dr. med. L. ___ vom 8. November 2014 (IV-Nr. 13 S. 6 ff.) hielt Dr. med. F. ___ sodann weiter fest, es werde darin erneut über ein myofasiales Schmerzsyndrom im Schultergürtelbereich wie auch im Beckenbereich berichtet. Der klinische Status sei unauffällig gewesen. Laut Dr. med. F. ___ dominierten auch heute myofasiale Befunde das Bild. Folglich geht auch aus diesem Bericht keine von der gutachterlichen Einschätzung abweichende rheumatologische Beurteilung hervor. Eingehend auf den weiteren Bericht von Dr. med. L. ___ vom 13. April 2019 (IV-Nr. 13 S. 1 f.), führte Dr. med. F. ___ aus, es sei über eine Epicondylose humeri radialis rechts berichtet worden, was einer lokalisierten Druckdolenz im Epicondylitis Bereich entspreche, im Prinzip einem Tennisellbogen. Diese Problematik könne – so Dr. med. F. ___ – als Teilsymptomatik der Fibromyalgie gesehen werden. Dr. med. L. ___ habe zudem über Knieschmerzen medial beider Knie bei jedoch radiologisch fehlenden Hinweisen für eine Gonarthrose berichtet. Gemäss Dr. med. F. ___ werde hier im Prinzip eine Druckdolenz am Pes anserinus im Rahmen der Fibromyalgie beschrieben. Auch diese Symptomatik sei im Rahmen des weichteilrheumatischen Geschehens, d.h. der Fibromyalgie zu sehen. Dr. med. F. ___ hielt sodann weiter fest, im Bericht würden bezüglich der LWS lumbale Schmerzen ohne Funktionseinschränkung und ohne Hinweise für eine radikuläre Problematik, Schmerzen im Bereich der Fingergelenke bei einer klinisch unauffälligen Untersuchung und Schulterschmerzen beidseits ohne Funktionsausfälle beschrieben. Sämtliche dieser beschriebenen Schmerzsyndrome seien zwanglos unter der Diagnose «Fibromyalgie» zu subsumieren. Zudem hielt der rheumatologische Gutachter fest, dass gemäss Dr. med. L. ___ die polytrophen Schmerzen kaum zuzuordnen und teilweise auf eine

Dekonditionierung bei Adipositas Grad II zurückzuführen seien. Er habe auch psychosoziale Faktoren erwähnt, welche möglicherweise eine Rolle spielen würden. Dem Status sei indes ein unauffälliger Neurostatus zu entnehmen. Dr. med. L.____ beschreibe ferner multiple Druckdolenzen. Laut zusammenfassender Einschätzung von Dr. med. F.____ werde im Bericht vom 13. April 2019 im Prinzip bereits zum damaligen Zeitpunkt das Vollbild einer Fibromyalgie beschrieben. Folglich steht auch dieser Bericht den gutachterlichen Einschätzungen nicht entgegen, sondern bestätigt diese vielmehr. Eingehend auf den weiteren Bericht von Dr. med. L.____ vom 29. Januar 2020 (IV-Nr. 26 S. 115 f.), führte Dr. med. F.____ sodann aus, es sei über eine symptomatische Sterno-Clavicular Arthrose links berichtet und eine Cortisoninfiltration durchgeführt worden. Nachfolgend sei es subjektiv zu keiner Besserung gekommen, objektiv habe sich jedoch eine deutliche Rückbildung der Schwellung in diesem Bereich gezeigt. Am 22. Februar 2020 habe Dr. med. L.____ weiter berichtet (IV-Nr. 24 S. 3 f.), dass eine funktionelle Überlagerung der Beschwerden höchstwahrscheinlich sei. Diese Beurteilung sei gemäss Dr. med. F.____ korrekt. Am 25. April 2020 habe Dr. med. L.____ alsdann geschätzt (IV-Nr. 24), dass bei der Beschwerdeführerin für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Dies sei laut Einschätzung von Dr. med. F.____ also deckungsgleich zur heutigen gutachterlichen Beurteilung. Insgesamt stehen die Berichte des die Beschwerdeführerin behandelnden Rheumatologen Dr. med. L.____ den Einschätzungen von Dr. med. F.____ nicht entgegen, sondern stützen diese. Der Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens wird somit durch die Berichte von Dr. med. L.____ nicht verringert. Betreffend den Bericht vom 27. September 2019 von Dr. med. M.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (IV-Nr. 26 S. 96 f.), hielt Dr. med. F.____ fest, dieser bestätige das Vorliegen einer Fibromyalgie. So werde über ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit panvertebralen, v.a. myofaszialen, Schmerzen berichtet. Dr. med. M.____ schreibe, dass die Schmerzen seit Jahren mit Analgetika und Physiotherapie behandelt worden seien, ohne dass eine Schmerzremission habe erzielt werden können. Dieses Nichtansprechen auf diverse somatische Therapien sei laut Dr. med. F.____ nicht untypisch für das Vorliegen einer Fibromyalgie. Es sei bekannt, dass diese weichteilrheumatischen Schmerzsyndrome eben sehr oft Ausdruck einer psychosozialen, psychosomatischen oder psychiatrischen Problematik seien. Es sei auch bekannt, dass diese psychosozialen, psychosomatischen oder psychiatrischen Probleme physiotherapeutischen Massnahmen nur bedingt zugänglich seien, da sie eben Ausdruck einer derartigen Ätiologie und nicht eines somatischen entzündlichen Leidens seien. Man könne keine psychosozialen, psychosomatischen oder psychiatrischen Krankheiten mit somatischen Therapien heilen. Der Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens wird somit durch den Arztbericht von Dr. med. M.____ vom 27. September 2019 nicht verkleinert. Eingehend auf den Austrittsbericht der Klinik C.____ vom 21. Januar 2020 (IV-Nr. 18) führte Dr. med. F.____ aus, es werde eine MRI der LWS erwähnt, wobei von Protrusionen ohne Neurokompression die Rede sei. Da sich bei etwa 50 % der gesunden Normalbevölkerung Protrusionen fänden, sollten diese – so der rheumatologische Gutachter – nicht überbewertet werden. Solange keine Neurokompression vorliege, seien diese Befunde daher ohne relevanten Krankheitswert. Das MRI sei heute eingesehen worden. Die Protrusionen seien minimal. Man hätte sie sogar als normale Befunde abgeben können. Gestützt auf diese Ausführungen schmälert der Austrittsbericht der Klinik C.____ vom 21. Januar 2020 den Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens nicht. In Bezug auf das am 2. April 2020 durch den Krankentaggeldversicherer B.____ in Auftrag gegebene psychiatrisch-rheumatologische

Gutachten vom 2. April 2020 (IV-Nr. 26 S. 65 ff.) stellte Dr. med. F.____ fest, Dr. med. N.____, Rheumatologie und Innere Medizin FMH, habe von rheumatologischer Seite her die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms gestellt. In Bezug auf die bisherige Tätigkeit habe aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden. Auch in Bezug auf eine Verweistätigkeit habe in einer der Konstitution der Beschwerdeführerin entsprechenden Tätigkeit keine Einschränkung in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit bestanden. Die im Gutachten formulierten Einschränkungen kämen aus dem Fachgebiet der Psychiatrie. Diese gutachterlichen Beurteilungen seien gemäss Einschätzung von Dr. med. F.____ korrekt. Demzufolge wird der Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens von Dr. med. F.____ durch das rheumatologische Vorgutachten vom 2. April 2020 gestützt. 6.2.3 Zusammenfassend vermögen die vor dem rheumatologischen Gutachten von Dr. med. F.____ vom 22. Januar 2021 verfassten rheumatologischen Berichte den Beweiswert desselben nicht in Frage zu stellen. 6.2.4 Im Nachfolgenden ist auf die nach dem rheumatologischen Teilgutachten verfassten medizinischen Berichte einzugehen und zu prüfen, ob diese allenfalls dessen Beweiswert zu verringern vermögen: Im provisorischen Austrittsbericht des Spitals O.____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, vom 2. Mai 2023 (IV-Nr. 77 S. 2 ff.) wurde die Hauptdiagnose eines «symptomatischen Hallux valgus mit leichtgradiger MTP I-Arthrose Fuss links» gestellt. Die Beschwerdeführerin habe sich zum operativen Eingriff vorgestellt. Aufgrund des regelrechten intraoperativen Verlaufes und unter adäquater Analgesie habe die schmerzkompenzierte Beschwerdeführerin am 5. Mai 2023 in gutem Allgemeinzustand und mit reizlosen Wunden in die häusliche Umgebung entlassen werden können. Bei der anschliessenden klinisch-radiologischen Kontrolle vom 26. Juni 2023 (IV-Nr. 79 S. 2 ff.) wurde eine Röntgenuntersuchung durchgeführt und ein regelrechter Verlauf klinisch sowie radiologisch sechs Wochen postoperativ festgestellt. Ab sofort sei die Belastung in normalem Schuhwerk erlaubt und eine ambulante Physiotherapie zur Verbesserung der Beweglichkeit im MTP 1 und MTP 11/111 werde empfohlen. Auch im weiteren Bericht vom 23. Oktober 2023 wird das Beibehalten der vorgesehenen Behandlung empfohlen (Verwendung von Einlagen zur Entlastung des Mittelfussknochens, Analgetika bei Bedarf, Physiotherapie und Kontrolle ohne Röntgenaufnahmen in der Sprechstunde nach acht Wochen; IV-Nr. 82 S. 2 ff.). Zu diesen Berichten äusserte sich die RAD-Ärztin Dr. med. H.____, Praktische Ärztin und Fachärztin Arbeitsmedizin, in ihrer Aktennotiz vom 28. November 2023 (IV-Nr. 84). Sie hielt fest, es habe weiterhin keine relevante Änderung der medizinischen Situation objektiviert werden können und es werde weiterhin auf die bisherigen Stellungnahmen verwiesen. Dieser Einschätzung kann gefolgt werden: So wies bereits die rheumatologische Gutachterin Dr. med. N.____ im Rahmen des bidisziplinären Gutachtens durch die Firma D.____ vom 2. April 2020 «Spreizfüsse beidseits mit / bei Hallux valgus und beginnende Metatarsophalangealgelenk I beidseits» als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aus (vgl. auch IV-Nr. 26 S. 77, 86). Ferner ist auch dem Bericht des Rheumatologen Dr. med. L.____ vom 19. April 2012 (IV-Nr. 16 S. 36 ff.) zu entnehmen, dass im Bereich der Füsse eine leichte statische Insuffizienz mit Hallux valgus-Tendenz bestehe. Da diese Berichte ins rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. F.____ vom 22. Januar 2021 mit eingeflossen sind (IV-Nr. 44.1 S. 8, 13 ff.), ist davon auszugehen, dass er von diesen gesundheitlichen Einschränkungen Kenntnis hatte. Es scheint zudem nicht überwiegend wahrscheinlich, dass sich die gesundheitliche Situation am linken Fuss der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung von Dr. med. F.____ vom 22. Januar 2021 in anspruchsrelevanter Weise verändert hat. So sind weder Hinweise auf eine entsprechende

Verschlechterung dokumentiert noch werden solche durch die Beschwerdeführerin geltend gemacht. Daran vermag auch die durchgeführte Operation mit regelrechtem Verlauf nichts zu ändern. Folglich vermögen die Berichte des Spitals O.____ vom 2. Mai, 26. Juni und 23. Oktober 2023 keine Schmälerung des Beweiswertes des rheumatologischen Teilgutachtens herbeizuführen. Im Weiteren ist auf den Verlaufseintrag von Dr. med. P.____, FMH Rheumatologie, vom 17. Oktober 2023 (IV-Nr. 82 S. 4), einzugehen. Er hielt folgende «Beurteilung Procedere» fest: «Impingement Schulter links, sonogesteuerte Implantation unter sterilen Kautelen der Bursa subdeltoidea links mit Kenacort 40 und Lidocain 1 %. Wiedervorstellung bei Bedarf.». Gestützt auf die durchgeführte Sonographie der Schulter links wurden u.a. eine AC-Arthrose und eine Mikroverkalkung der Supraspinatus- und Subscapularissehnen objektiviert und daher ein Impingement diagnostiziert, das infiltriert wurde. Bereits im Rahmen der rheumatologischen Begutachtung durch Dr. med. F.____ wurde eine «beginnende SC-Arthrose links» diagnostiziert (vgl. E. II. 6 hiervoor). Auf diese ging Dr. med. F.____ sodann substanziiert ein (IV-Nr. 44.1 S. 52), wobei er u.a. ausführte, dass die klinische Untersuchung eine etwas prominente Situation der SC-Gelenke, links > rechts zeige. Es lägen indes keine Röntgenbilder vor. Weiter hielt der Gutachter fest, dass man bei Frauen in diesem Alter sehr oft eine zunehmende Lockerung des Bandapparates in diesem Bereich sehe, welche dann dieses Gelenk zunehmend prominent erscheinen liessen. Dies sei bis zu einem gewissen Grad auch ein physiologischer Vorgang. Die Aktendiagnose einer beginnenden SC-Arthrose werde übernommen. Allerdings bestehe hier keine spezielle Druckdolenz. Das fehlende Ansprechen auf die vom behandelnden Rheumatologen durchgeführte Injektion ins SC-Gelenk spreche gegen eine relevante Arthrose, respektive arthrotische Mitbeteiligung an der Schmerzsymptomatik. Im Gegenteil, die Beschwerdeführerin gebe an, seit dieser Injektion mehr Schmerzen in diesem Bereich zu haben. Dies spreche gegen eine Relevanz einer Arthrose in diesem Bereich, sondern eher für die psychogene Schmerzkomponente. Dr. med. F.____ sehe also einen grossen Teil dieser Beschwerden ebenfalls im Rahmen der Fibromyalgie. Folglich lag bereits im Zeitpunkt des rheumatologischen Gutachtens vom 22. Januar 2021 eine arthrotische Pathologie im Bereich der linken Schulter der Beschwerdeführerin vor, mit welcher sich der rheumatologische Gutachter auch vertieft auseinandergesetzt hat. Eine Arthrose ist primär eine chronisch-degenerative Erkrankung des Knorpelgewebes, die sekundär zu Veränderungen an Knochen und Gelenkkapsel führt (vgl. Alfred Schönberger, Gerhard Mehrrens, Helmut Valentin (†): Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 9. Auflage 2018, S. 1230). Folglich ist nicht auszuschliessen, dass sich eine Arthrose im Laufe der Zeit verschlechtern kann. Unter diesen Umständen ist somit davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin bereits im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. med. F.____ vom 22. Januar 2021 eine Schmerzproblematik in der linken Schulter bestanden hat und der Gutachter davon Kenntnis hatte. In Bezug auf den Verlaufseintrag vom 17. Oktober 2023 kann daher nicht von einer anspruchsrelevanten gesundheitlichen Verschlechterung der Beschwerdeführerin ausgegangen werden. Der Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens wird somit durch den Verlaufseintrag vom 17. Oktober 2023 nicht geschmälert. 6.2.5 Der Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens von Dr. med. F.____ vom 22. Januar 2021 wird somit durch die nachträglich verfassten medizinischen Berichte nicht geschmälert. 6.2.6 Das rheumatologische Teilgutachten geniesst vollen Beweiswert. 6.3 Es ist nachfolgend auf das psychiatrische Teilgutachten von Prof. Dr. med. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 26. März 2021

einzuweisen (IV-Nr. 45.3). In diesem werden die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (S. 14): «Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)» und «Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F 43.21)». Zu diesen Diagnosestellungen äusserte sich Prof. Dr. med. G. ___ wie folgt: Die Beschwerdeführerin erfülle die Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Die Schmerzen hätten sich wohl allmählich eingestellt, wobei die Beschwerdeführerin bei der jetzigen Begutachtung erstmals einen Unfallhergang schildere, der jedoch nirgendwo im Dossier belegt sei. Im Weiteren führte die psychiatrische Gutachterin aus, dass die Schmerzsymptomatik ausgedehnt sei und kein somatisches Korrelat habe. Die Beschwerdeführerin habe ein durchgängiges und hartnäckiges körperliches Störungskonzept und könne sich einer psychischen Mitverursachung ihrer Beschwerden nicht öffnen. Diese gutachterlichen Darlegungen erscheinen auch deshalb nachvollziehbar, weil Prof. Dr. med. G. ___ diesbezüglich auf die Beurteilung des behandelnden Psychiaters der Klinik C. ___ sowie die psychiatrische Vorgutachterin verweist, die dies so beschrieben hätten. Die weitere Einschätzung der psychiatrischen Gutachterin, wonach integrative Therapiemassnahmen bis jetzt wenig hilfreich gewesen seien, leuchtet ebenfalls ein. So wird in diesem Zusammenhang auf die Berichte der Klinik C. ___ verwiesen, gemäss denen während der Hospitalisation der Beschwerdeführerin durchgängig nur leichte Befindensveränderungen aufgetreten seien. Passend dazu seien nach der Entlassung aus der Klinik auch erlernte Strategien nicht fortgesetzt worden, was auch die Vorgutachterin schon festgehalten habe. Die weitere Einschätzung von Prof. Dr. med. G. ___, wonach der im ICD geforderte intrapsychische Konflikt vorliege, erscheint aufgrund der nachfolgenden Ausführungen nachvollziehbar. So habe sich die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitssituation zunehmend überlastet gefühlt, was sie mit einer Arbeitsverdichtung beschreibe. Es seien immer mehr Mitarbeiter entlassen worden und die Arbeit auf die wenigen Verbliebenen verteilt worden. Bereits 2.5 Jahre vorher, im Jahr 2017, habe die Beschwerdeführerin ihr Pensum auf 50 % reduziert, während ihr Mann sein Arbeitspensum wohl erhöht habe (s. Intake-Interview 2019). Die Beschwerdeführerin habe sich gezwungen, trotz der Schmerzen zur Arbeit zu gehen, habe indes stets eine Kündigung befürchtet. Zudem sei sie davon belastet, dass sie plane, mit ihrem Ehemann zurück nach [...] zu gehen. Dies scheine jedoch gemäss plausibler Einschätzung der psychiatrischen Gutachterin eher unrealistisch. So gebe die Beschwerdeführerin an, dass der Ehemann seit September 2020 keine Arbeit mehr habe und sie vor einem Jahr in die aktuelle Wohnung gezogen seien, um näher bei der Familie zu sein. Dies sehe gemäss Prof. Dr. med. G. ___ zumindest nicht nach einem Aufbruch zu einer Rückkehr in die Heimat aus. Die weitere gutachterliche Beurteilung, wonach sich bei der Zusammenstellung der Anamnese zumindest auch ein Hinweis auf die Ursache für die starke Verschlechterung im Frühjahr 2019 finde, vermag ebenfalls einzuleuchten. So gebe die Beschwerdeführerin an, dass bei ihrer in [...] lebenden Mutter vor zwei Jahren Brustkrebs festgestellt worden sei. In Anbetracht des unberechenbaren Vaters, der inzwischen verstorben sei, sei die Mutter für die Beschwerdeführerin in der Kindheit von grosser Bedeutung gewesen. Dass die Beschwerdeführerin so weit weg von der Mutter wohne, stelle laut plausibler einschätzender gutachterlicher Beurteilung in diesem Zusammenhang sicher eine Belastung dar. Die psychiatrische Gutachterin hielt sodann fest, sie könne weder eine mittelschwere noch eine schwere depressive Episode feststellen. Die Beschwerdeführerin beklage eine verminderte Belastbarkeit, erscheine angespannt, zeige jedoch eine intakte Schwingungsfähigkeit und keine eigentliche depressive Verstimmung (IV-Nr. 45.3 S. 14). Diese gutachterlichen

Einschätzungen überzeugen, da anlässlich der Erhebung des psychopathologischen Befundes u.a. festgehalten wurde, dass die Aufmerksamkeit der Beschwerdeführerin reduziert sei, zumindest subjektiv auch die Konzentration und das Gedächtnis, was im Untersuchungsgespräch nicht auffalle. Es bestehe insgesamt keine zirkadiane Rhythmik. Die Beschwerdeführerin gebe an, dass sie sich belastet fühle, sich jedoch freuen könne. Insgesamt könne gemäss nachvollziehbarer gutachterlicher Einschätzung keine sichere Einschränkung der Schwingungsfähigkeit festgestellt werden (IV-Nr. 45.3 S. 12). Die Gutachterin hielt sodann fest, die Beschwerdeführerin berichte über eine vermehrte Schreckhaftigkeit, Gereiztheit und Impulsivität sowie intermittierendes Gedankenkreisen. Auch wenn sie angebe, dass der Schlaf unter Schlafmedikation besser geworden sei, finde sich jetzt auch in der Selbstauskunft noch ein ausgesprochen schlechter Schlaf. Diese gutachterliche Einschätzung ist nachvollziehbar, da die Beschwerdeführerin im Rahmen der gutachterlichen Exploration angab, seit sie Tabletten zum Einschlafen habe, gehe es gut. Dennoch erwache sie zwei- bis dreimal und habe manchmal Albträume, wobei sie jeweils wieder einschlafe. Der Schlaf sei jedoch erholsam. Schlechte Nächte habe sie jetzt noch zweimal in der Woche, zu Beginn der Behandlung sei es häufiger gewesen (IV-Nr. 45.3 S. 10 ff.). Unter diesen Umständen erscheint auch die daraus gezogene Schlussfolgerung der psychiatrischen Gutachterin plausibel, wonach sowohl eine leichte depressive Symptomatik festzustellen sei, die in Anbetracht fehlender früherer depressiver Episoden im Kontext der somatoformen Schmerzstörung interpretiert werden könne, als auch eine Anpassungsstörung diagnostiziert werden könne. Das psychiatrische Teilgutachten ist somit beweiswertig.

6.3.1 Es stellt sich die Frage, ob das grundsätzlich beweiswertige psychiatrische Teilgutachten von Prof. Dr. med. G.____ vom 3. Februar 2021 durch die medizinischen Vorakten allenfalls geschmälert wird. In Bezug auf den Arztbericht des behandelnden Arztes der Beschwerdeführerin, Dr. med. M.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, an den Krankentaggeldversicherer B.____ vom 27. September 2019 (IV-Nr. 26 S. 96 f.) kann festgehalten werden, dass es sich bei ihm nicht um einen auf das medizinische Fachgebiet der Psychiatrie spezialisierten Facharzt handelt. Daher kommt seiner medizinischen Einschätzung, wonach eine «depressive Phase, zurzeit mittelschwere bis schwere Episode» bestehe, kaum Beweiswert zu. Somit vermag dieser Bericht den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht in Frage zu stellen. Weiter einzugehen ist auf den Bericht der Klinik C.____ vom 2. Oktober 2019 (IV-Nr. 16 S. 2 ff.) und auf den Austrittsbericht vom 21. Januar 2020 (IV-Nr. 18) betreffend die Hospitalisationen der Beschwerdeführerin vom 24. Oktober bis 4. November 2019 sowie vom 13. November bis 13. Dezember 2019. In diesen Berichten wurde übereinstimmend eine «psychische Belastungssituation wegen Arbeitsunfähigkeit, mangelhafter Integration sowie familiärer Probleme (ICD-10 Z56, Z60)» diagnostiziert und die im Bericht vom 2. Oktober 2019 noch als «schwere chronifizierte Schmerzstörung mit psychischen [wohl gemeint: somatischen] und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.31)» wurde sodann im Austrittsbericht vom 21. Januar 2020 als «chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren führend im LWS-Bereich (ICD-10 F45.41)» beschrieben. Prof. Dr. med. G.____ ging auf letztere Diagnosestellung dahingehend ein, dass die Beschwerdeführerin die Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung erfülle. Somit entspricht die gutachterliche diagnostische Einschätzung jener in den Berichten der Klinik C.____. In Bezug auf die in den Berichten der Klinik C.____ ebenfalls ausgewiesene Diagnose einer mittelschweren oder schweren depressiven Episode hielt Prof. Dr. med. G.____ sodann fest, sie könne diese nicht feststellen (IV-Nr. 45.3 S. 159). So lasse sich bei der

Beschwerdeführerin insgesamt lediglich eine leichte depressive Symptomatik feststellen, die in Anbetracht fehlender früherer depressiver Episoden im Kontext der somatoformen Schmerzstörung zu interpretieren sei. Somit befasste sich die psychiatrische Gutachterin auch mit dieser Diagnosestellung, welche sie indes nicht bestätigen konnte. Zur in den Berichten der Klinik C.____ ebenfalls ausgewiesenen Diagnosestellung einer «psychischen Belastungssituation wegen Arbeitsunfähigkeit, mangelhafter Integration sowie familiärer Probleme (ICD-10 Z56, Z60)» ging Prof. Dr. med. G.____ im Rahmen der «Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastung» ein. Sie wies diesbezüglich darauf hin, dass sich die Beschwerdeführerin in vielen Jahren in der Schweiz kaum integriert habe. Sie sei zwar einer Arbeit nachgegangen, habe jedoch den Spracherwerb, möglicherweise auch aufgrund eingeschränkter intellektueller Möglichkeiten, bisher nicht gut umgesetzt. Mit ihrer insgesamt eher angepassten Art, sei die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen indes nicht gestört, die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben jedoch zumindest leicht. In Anbetracht ihres geringeren Selbstwertgefühls und ihres Krankheitserlebens sei die Widerstands- und Durchhaltefähigkeit sowie die Selbstbehauptungsfähigkeit mittelschwer beeinträchtigt. Auch seien die proaktiven und Spontanaktivitäten sowie die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit mittelschwer beeinträchtigt. Die Kompetenz und Wissensanwendung scheine nicht gestört. In der Kontaktfähigkeit zu Dritten ergäben sich sowohl in der stationären Behandlung als auch im familiären Kontext offensichtlich immer wieder Konflikte. Hier sei von einer zumindest leichten Beeinträchtigung auszugehen, die wohl auch für die Gruppenfähigkeit gelte. Die Fähigkeit zu dyadischen Beziehungen scheine kaum beeinträchtigt, ebenso die Fähigkeit zur Selbstpflege und Selbstversorgung sowie die Mobilität und Verkehrsfähigkeit (IV-Nr. 45.3 S. 17). Aufgrund dieser Ausführungen ist davon auszugehen, dass die psychiatrische Gutachterin, die in den Berichten der Klinik C.____ ausgewiesene Z-Diagnose damit implizit bestätigt. In Bezug auf diese Z-Diagnose kann indes festgehalten werden, dass diese keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden zu begründen vermag (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_804/2021 vom 1. Juni 2022 E. 4.1.3, 9C_542/2019 vom 12. November 2019 E. 3.2 mit weiteren Hinweisen). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die psychiatrische Gutachterin diese Diagnose nicht ausgewiesen hat. In Bezug auf die Berichte der Klinik C.____ vom 2. Oktober 2019 und 21. Januar 2020 (IV-Nrn. 16 S. 2 ff., 18) hielt Prof. Dr. med. G.____ im Weiteren fest, die Beschwerdeführerin habe ein durchgängiges und hartnäckiges körperliches Störungskonzept und könne sich einer psychischen Mitverursachung ihrer Beschwerden nicht öffnen, was u.a. auch von der Klinik C.____ beschrieben worden sei. Integrative Therapiemassnahmen seien bis jetzt wenig hilfreich gewesen. So beschreibe selbst die Klinik C.____ durchgängig nur leichte Befindensveränderungen. Passend dazu seien nach der Entlassung aus der Klinik auch erlernte Strategien nicht fortgesetzt worden. Diesen gutachterlichen Ausführungen kann insofern gefolgt werden, als im Austrittsbericht der Klinik C.____ vom 21. Januar 2020 u.a. festgehalten wurde, es habe beim Austritt trotz einiger Therapiefortschritte noch eine persistierende Schmerzsymptomatik begleitet von zeitweiligen depressiven Verstimmungen bestanden. So fühle sich die Beschwerdeführerin den Schmerzen immer noch stark ausgeliefert und in ihrem Selbstwirksamkeitserleben gestärkt. Im Laufe der Behandlung hätten sich jedoch die körperliche Kondition sowie die Schlafqualität der Beschwerdeführerin leicht verbessert. Die Sorgen um die Angehörigen und das Gedankenkreisen seien leicht reduziert gewesen (IV-Nr. 18 S. 4). Es kommt hinzu, dass die Beschwerdeführerin die Klinik aufgrund eines eskalierenden Streites mit der

Zimmernachbarin am 4. November 2019 überstürzt verlassen hat, anschliessend am 13. November 2019 indes wieder in die Klinik eingetreten ist. Insgesamt ist von einer – wie von Prof. Dr. med. G.____ beschrieben (vgl. oben) – durch die Hospitalisation lediglich leichten Befindensveränderung auszugehen. Auch der weiteren gutachterlichen Einschätzung, wonach die Beschwerdeführerin nach Entlassung aus der Klinik erlernte Strategien nicht fortgesetzt habe, kann gefolgt werden. So wurden die noch im Austrittsbericht der Klinik C.____ vom 21. Januar 2020 als auf die Beschwerdeführerin positiv wirkend und selbstwertstabilisierend beschriebenen Massnahmen, wie die Tagesstruktur, das bewegungsfokussierte Angebot und die sozialen Interaktionen, im Rahmen der psychiatrischen Exploration vom 3. Februar 2021 nicht bestätigt. So habe die Beschwerdeführerin zum Tagesablauf angegeben, zwischen 8.00 und 8.30 Uhr ohne Wecker aufzustehen, ins Bad zu gehen, sich anzuziehen und anschliessend mit ihrem Mann Kaffee zu trinken. Sie gingen dann raus und kochten sich mittags etwas (Hauptmahlzeit). Dann machten sie etwas im Haushalt, sässen auf dem Sofa und würden fernsehen. Eventuell gingen sie auch spazieren. Das Abendessen werde irgendwann abends eingenommen, in der Regel wenig. Sie würden dann noch Fernsehen und gegen 22.00 Uhr ins Bett gehen, wobei sie in der Regel die Erste sei (IV-Nr. 45.3 S. 10). Ferner habe die Beschwerdeführerin angegeben, keine Kontakte nach aussen / ausserhalb der Familie zu haben. Sie mache zudem weder Sport noch gehe sie einem Hobby nach (IV-Nr. 45.3 S. 9). Insgesamt wird der Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens durch die Berichte der Klinik C.____ nicht geschmälert. Weiter ist auf die medizinischen Berichte des die Beschwerdeführerin seit 14. Mai 2019 behandelnden Psychiaters Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einzugehen. Er hielt in seinem ärztlichen Zeugnis vom 4. Februar 2020 (IV-Nr. 26 S. 120) fest, die Behandlung der rezidivierenden mittel- bis schwergradigen depressiven Störung und der chronischen Schmerzstörung erfolge durch supportive Einzeltherapie in der Muttersprache der Beschwerdeführerin und mit Psychopharmaka (Duolexitin und Zoldorm). Flankierend dazu werde eine verhaltenstherapeutisch orientierte, delegierte Psychotherapie durchgeführt. Gemäss Dr. med. J.____ sei es bei der Beschwerdeführerin im Verlauf zu einer Stabilisierung auf tiefem Funktionsniveau gekommen. Es hätten keine Veränderungen erreicht bzw. die psychische und emotionale Belastbarkeit habe nicht gesteigert werden können. Aufgrund dieser Ausführungen kann der gutachterlichen Einschätzung von Prof. Dr. med. G.____ gefolgt werden, wonach integrative Therapiemassnahmen bis jetzt wenig hilfreich gewesen seien (IV-Nr. 45.3 S. 14). Die vom behandelnden Psychiater Dr. med. J.____ im Arztbericht vom 12. März 2020 (IV-Nr. 22) sodann festgestellten Befunde präsentierten sich wie folgt: Allseits orientiert. Subjektiv und objektiv mittelgradige Konzentrations- und Merkfähigkeitsprobleme. Das formale Denken sei eingengt, teilweise verlangsamt, grübelnd, haftend und kreisend auf Kränkungerleben mit Autonomieverlust, sozialer Abstieg und Vertrauensverlust sowie inhaltlich auf die Sorge um die gesundheitlichen und psychischen Beschwerden und den eigenen Leistungsabfall fokussiert. Keine Zwänge, kein wahnhaftes Erleben, keine Ich-Störungen, keine Wahrnehmungsstörungen. Stimmung mittelgradig depressiv, leidend, traurig, besorgt, affektlabil. Mittel- bis schwergradige Störungen der Vitalgefühle, Insuffizienzgefühle, Hoffnungslosigkeit, Zukunftsängste, Ängste in Bezug auf das Wohlergehen der Familienmitglieder, Schuldgefühle, erdrückende Erschöpfungsgefühle, Existenzängste, hohe Ambivalenz, aggressive Grundanspannung und deutliche Scham, invalidisierende Schmerzsymptomatik. Mittelgradiger sozialer Rückzug, mittel bis schwere Ein- und Durchschlafstörungen. Antrieb und Psychomotorik deutlich reduziert, innere Unruhe

(IV-Nr. 22 S. 4). Diese Befunde bestätigte Dr. med. J. ___ sodann im Bericht vom 19. Mai 2020 (IV-Nr. 33 S. 6 f.), wobei nun – in Abweichung zum Bericht vom 12. März 2020 – eine «schwergradig depressive Stimmung, leidend, traurig, besorgt, affektlabil» sowie eine Freudlosigkeit, Lustlosigkeit, Motivationslosigkeit und passive Todeswünsche beschrieben und daher die Diagnose einer «rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), seit 2010» ausgewiesen wurde. Die psychiatrische Gutachterin hielt in ihrem Teilgutachten folgenden psychopathologischen Befund fest (IV-Nr. 45.3 S. 12 f.): Die Beschwerdeführerin mache insgesamt einen angespannten Eindruck. Sie sei wach, orientiert, kooperativ. Sie habe ein allgemeines Interesse an die Familie betreffenden Angelegenheiten, z.B. die Coronaepidemie oder ein Erdbeben in [...], bei dem ein Haus des Bruders beschädigt worden sei. Bei weiteren allgemeinen Dingen müsse sie erst überlegen. Das Abstraktionsvermögen sei schlecht, die Rechenaufgabe absolviere sie fehlerhaft und mühsam. Die Aufmerksamkeit sei reduziert, zumindest subjektiv auch Konzentration und Gedächtnis, was im Untersuchungsgespräch nicht auffalle. Es bestehe insgesamt keine zirkadiane Rhythmik. Die Beschwerdeführerin gebe an, dass sie sich belastet fühle, sich jedoch freuen könne. Insgesamt könne keine sichere Einschränkung der Schwingungsfähigkeit festgestellt werden. Sie gebe an, dass sie nur Angst habe, so früh wie ihr Vater zu sterben. Sonst habe sie keine Ängste. Sie gebe jedoch an, dass sie vermehrt schreckhaft sei und insgesamt gereizter und impulsiver. So habe sie jetzt häufiger Streit mit der Tochter. Zwänge, Depersonalisationen, Derealisationen, Ich-Störung, bestünden nicht. Insgesamt beklagt sie ein intermittierendes Gedankenkreisen. Es bestünden keine inhaltlichen Denkstörungen, keine Wahrnehmungsstörungen. Sie beklage eine vermehrte Erschöpfbarkeit (auch in der Untersuchungssituation). Der Appetit sei mittel, das Gewicht in den letzten Monaten reduziert. Seit mehr als einem Jahr wolle sie keine Sexualität mehr, weil die Libido verschwunden sei. Diesbezüglich gebe es auch Streit mit dem Mann. Sie berichte von einem Suizidversuch mit Tabletten vor elf Jahren. Ihr Mann habe sie davon abgehalten. Jetzt sei sie nicht suizidal. Selbstverletzungen gebe es nicht. Sie schlafe mit Tabletten ein, werde dennoch zwei bis dreimal wach, habe manchmal Albträume, die sie nicht genau schildern könne. Sie schlafe jeweils wieder ein. Sie bezeichne den Schlaf als erholsam, schlechte Nächte habe sie jetzt noch zweimal in der Woche, zu Beginn der Behandlung sei es häufiger gewesen. Aufgrund dieser Ausführungen kann festgehalten werden, dass sich die im Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung festgestellten Befunde im Vergleich zu den durch Dr. med. J. ___ im Bericht vom 12. März 2020 erhobenen verbessert haben. So konnte die noch in den Berichten vom 12. März bzw. 19. Mai 2020 diagnostizierte mittelgradig depressive Stimmung bzw. schwergradig depressive Stimmung durch Prof. Dr. med. G. ___ auch nicht bestätigt werden. In diesem Sinn gab die Beschwerdeführerin bei der gutachterlichen Exploration auch selbst an, sie könne sich trotz dessen, dass sie sich belastet fühle, freuen. Es ist somit von einer insgesamt verbesserten psychischen Gesundheitssituation der Beschwerdeführerin seit März bzw. Mai 2020 auszugehen. Es kann im Übrigen an dieser Stelle auch auf die Erfahrungstatsache hingewiesen werden, dass behandelnde Ärzte (seien dies Hausärzte oder spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen) im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (Urteil des Bundesgerichts 8C_317/2019 vom 30. September 2019 E. 4.2.3 mit Hinweisen). Somit vermögen die Berichte des die Beschwerdeführerin behandelnden Psychiaters Dr. med. J. ___ den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von Prof. Dr. med. G. ___ nicht zu

schmälern. Im Weiteren ist auf das durch den Krankentaggeldversicherer B. ___ veranlasste psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. Q. ___, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 2. April 2020 einzugehen (IV-Nr. 26 S. 77 ff.). Es wurde u.a. festgehalten, dass die Diagnose einer eigenständigen depressiven Episode aktuell nicht bestätigt werden könne, auch wenn klinisch eine depressive Phänomenologie unübersehbar sei (IV-Nr. 26 S. 82). So werde aus den anamnestischen Angaben deutlich, dass die angegebene und depressive Befindlichkeitsstörung aufs Engste mit dem Schmerzerleben und der subjektiv unbefriedigenden und belastenden psychosozialen Lebenssituation verbunden sei, sodass die vorliegende Befindlichkeitsstörung unter Berücksichtigung des aktuellen psychopathologischen Befundes und der anamnestischen Angaben diagnostisch am besten zu einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) im Rahmen des chronischen Schmerzsyndroms und einer schon seit längerem bestehenden Unzufriedenheit mit dem eigenen Leben sowie auch psychosozialen Belastungsfaktoren passe. Diese Einschätzung teilte Prof. Dr. med. G. ___ im psychiatrischen Teilgutachten vom 26. März 2021 (IV-Nr. 45.3). So führte sie aus, sie könne keine mittelschwere oder schwere depressive Episode feststellen. Dies korrespondiere zur Einschätzung der Vorgutachterin (Dr. med. Q. ___). Die Beschwerdeführerin beklage eine verminderte Belastbarkeit, erscheine angespannt, zeige jedoch eine intakte Schwingungsfähigkeit und keine eigentliche depressive Verstimmung. Sie berichte eine vermehrte Schreckhaftigkeit, Gereiztheit und Impulsivität und intermittierendes Gedankenkreisen. Auch wenn sie angebe, dass der Schlaf unter Schlafmedikation besser geworden sei, findet sich jetzt auch in der Selbstauskunft noch ein ausgesprochen schlechter Schlaf. Insgesamt lasse sich gemäss der Gutachterin Prof. Dr. med. G. ___ eine leichte depressive Symptomatik feststellen, die in Anbetracht fehlender früherer depressiver Episoden im Kontext der somatoformen Schmerzstörung zu interpretieren sei. Die Gutachterin führte sodann aus, sie sehe es wie die Vorgutachterin, dass eine Anpassungsstörung diagnostiziert werden könne. Folglich stimmen die fachärztlichen Einschätzungen der beiden psychiatrischen Gutachterinnen Dr. med. Q. ___ und Prof. Dr. med. G. ___ überein. Der Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von Prof. Dr. med. G. ___ wird durch das Vorgutachten von Dr. med. Q. ___ nicht verringert. 6.3.2 Folglich kann festgehalten werden, dass der Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von Prof. Dr. med. G. ___ durch die medizinischen Vorakten nicht verringert wird. 6.3.3 Es stellt sich somit die Frage, ob der Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von Prof. Dr. med. G. ___ allenfalls durch die zeitlich später verfassten medizinischen Berichte tangiert wird. Einzugehen ist im Wesentlichen auf das Schreiben von Prof. Dr. med. J. ___ vom 12. Oktober 2022 betreffend die Fragen des Vertreters der Beschwerdeführerin (IV-Nr. 73 S. 2 ff.). Der behandelnde Psychiater Dr. med. J. ___ führte aus, der Beschwerdeführerin sei zum aktuellen Zeitpunkt lediglich eine Tätigkeit im geschützten Rahmen zumutbar, bei der gehäufte Fehler, Konzentrationsstörungen, ein langsamer Arbeitsablauf und vermehrte Pausen toleriert würden. Dies zu höchstens 20 %. Da Dr. med. J. ___ indes nicht näher auf diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit eingeht und diese auch nicht begründet, vermag sie nicht zu überzeugen. Nicht nachvollziehbar ist die auf 20 % bezifferte Arbeitsfähigkeit auch im Hinblick auf die, gestützt auf dieselben Diagnosen, im Bericht vom 19. Mai 2020 (IV-Nr. 33 S. 6 f.) noch auf 50 % geschätzte Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiterin Office als auch in einer einfachen beruflichen Tätigkeit. Inwiefern sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seither verbessert haben sollte, ist nicht ersichtlich und wird durch Dr. med. J. ___ auch nicht diskutiert. Dr. med.

J. ___ hielt sodann im Schreiben vom 12. Oktober 2022 weiter fest (IV-Nr. 73 S. 3), dass im Gutachten der Krankheitswert der psychischen Störungen nicht erkannt worden sei bzw. die Schwere der Symptomatik heruntergespielt bzw. verharmlost worden sei. Es müsse angenommen werden, dass die psychiatrische Gutachterin die Beschwerdeführerin in einer Phase zwischen zwei depressiven Episoden gesehen habe, als die Ausprägung der Beschwerden gering gewesen sei. Diese als reine Vermutung formulierte Einschätzung überzeugt nicht. So hat die psychiatrische Gutachterin Prof. Dr. med. G. ___ zum einen die bereits verfassten medizinischen Berichte in ihrem Teilgutachten zur Kenntnis genommen und sich zum anderen mit den relevanten Berichten auseinandergesetzt. In diesem Zusammenhang vermochte sie – wie bereits oben ausgeführt (vgl. E. II. 6.3 hiervor) – in überzeugender Weise darzutun, weshalb sie bei der Beschwerdeführerin eben gerade keine mittelschwere oder schwere depressive Episode diagnostizieren konnte. Damit wird auch das weitere Vorbringen von Dr. med. J. ___, wonach sich die psychiatrische Gutachterin nicht hinreichend mit der Schwere der depressiven Störung auseinandergesetzt habe (IV-Nr. 73 S. 3 f.), entkräftet. Auch die weitere Argumentation von Dr. med. J. ___ in diesem Zusammenhang, wonach man in der Regel einen längeren Zeitraum benötige, um ein objektives Urteil zu fällen, überzeugt nicht. So obliegt die Beurteilung, ob allenfalls noch eine weitere Exploration der zu begutachtenden Person erforderlich ist, um deren Gesundheitszustand abschliessend beurteilen zu können, stets der jeweiligen Gutachterperson. Es ist somit davon auszugehen, dass Prof. Dr. med. G. ___ bei einer entsprechenden Notwendigkeit mit der Beschwerdeführerin einen weiteren Begutachtungstermin vereinbart hätte. Weiter hielt Dr. med. J. ___ in allgemeiner Weise fest, dass die im psychiatrischen Teilgutachten diagnostizierte Anpassungsstörung, die mit Auftreten der Krankheit, verbunden mit psychosozialen Belastungen, gemäss ICD-10 und DSM-IV nach längerem Fortbestehen, spätestens nach sechs Monaten in eine depressive Episode überführt werden sollte (IV-Nr. 73 S. 3 f.). In diesem Zusammenhang wies Dr. med. J. ___ sodann darauf hin, dass das Leiden der Beschwerdeführerin mittlerweile über drei Jahre dauere. In der Fachliteratur wird diesbezüglich ausgeführt, die Symptome einer Anpassungsstörung beginnen innerhalb eines Zeitraums von längstens drei Monaten nach dem belastenden Ereignis und halten selten länger als sechs Monate an (akute Anpassungsstörung). Bei anhaltenden Belastungen spricht man von chronischer Anpassungsstörung. Nach ICD-10 kann die Anpassungsstörung lediglich bis zu einer Zeitdauer von maximal zwei Jahren diagnostiziert werden. Länger anhaltende Anpassungsstörungen sind nur bei anhaltendem Stressor (z.B. anhaltende schwere körperliche Schädigungsfolgen) zu diagnostizieren (vgl. Alfred Schönberger, et al., a.a.o., S. 152). Unter Heranziehung des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. Q. ___ von 30. Januar 2020, auf welches Prof. Dr. med. G. ___ betreffend die Diagnosestellung einer Anpassungsstörung verweist (IV-Nr. 45.3 S. 15), ist festzuhalten, dass bereits damals keine eigenständige depressive Episode diagnostiziert werden konnte, auch wenn klinisch eine depressive Phänomenologie unübersehbar gewesen sei. Es wurde ferner ausgeführt, die depressive Symptomatik sei aufs engste mit dem Schmerzerleben und der subjektiv unbefriedigende belastenden psychosozialen Lebenssituation der Beschwerdeführerin verbunden. Vorliegende Befindlichkeitsstörung seien diagnostisch am besten im Rahmen einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) im Rahmen des chronischen Schmerzsyndroms in einer schon seit längerem bestehenden Unzufriedenheit mit dem eigenen Leben sowie psychosozialen Belastungsfaktoren verbunden (IV-Nr. 45.3 S. 7 f.). Diese gutachterlichen Einschätzungen sind

nachvollziehbar. So ist bei der Beschwerdeführerin nach wie vor von einem anhaltenden Stressor auszugehen. Unter diesen Umständen vermag – entgegen der Ansicht von Dr. med. J.____ – auch die von Prof. Dr. med. G.____ diagnostizierte «Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21)» zu überzeugen. Insgesamt vermag das Schreiben von Dr. med. J.____ vom 12. Oktober 2022 das beweismässige Gutachten von Prof. Dr. med. G.____ nicht in Frage zu stellen.

6.3.4 Da die psychiatrische Gutachterin Prof. Dr. med. G.____ zum Schluss gelangte, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht sowohl in ihrer bisherigen beruflichen Tätigkeit seit dem Ende der Behandlung in der Klinik C.____ und der Verringerung der Therapiefrequenz in der ambulanten Therapie mit Beginn im Dezember 2019 als auch in jeglicher angepasster Tätigkeit wegen der vermehrten Erschöpfbarkeit und des Pausenbedarfes je zu 40 % arbeitsunfähig sei, ist im Nachfolgenden zu prüfen, ob diese Einschätzung 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 (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 (IV-Nr. 45.3 S. 15) verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass insgesamt von einer leichten Ausprägung der gestellten Diagnosen auszugehen ist. Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten u.a. zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin erst seit Mai 2019 bei Dr. med. J.____ in fachpsychiatrischer Behandlung ist (IV-Nr. 45.3 S. 16). Diesen habe sie initial zweimal im Monat gesehen, seit November 2020 jedoch nur noch einmal im Monat (IV-Nr. 45.3 S. 10). Im Weiteren sei vom 24. Oktober bis 4. November 2011 sowie vom 13. November bis 13. Dezember 2019 eine stationäre Hospitalisation in der Klinik C.____ erfolgt (IV-Nr. 45.3

S. 5, 16). Es wurde zudem festgehalten, dass insgesamt von einer eher schlechten Prognose und einer nicht mehr aufzuhaltenden Chronifizierung auszugehen sei. Eine gewisse Besserung sei zwar möglich, diese werde jedoch die Arbeitsfähigkeit wahrscheinlich nicht grundsätzlich verändern (IV-Nr. 45.3 S. 16, 18). Es ist folglich davon auszugehen, dass die Fortsetzung der aktuellen psychiatrischen Behandlung nicht zu einer wesentlichen Besserung des Beschwerdebildes und einer höheren Arbeitsfähigkeit führen würde. Hinsichtlich eines allfälligen Eingliederungserfolges werden im Gutachten zwar keine näheren Ausführungen gemacht, es wird aber darauf hingewiesen, dass die beruflichen Massnahmen gemäss Bericht vom 17. April 2020 abgeschlossen worden seien und aktuell eine Prüfung des Anspruchs auf eine IV-Rente erfolge (IV-Nr. 45.3 S. 1). Gestützt auf die Vorakten und die im Gutachten erhobenen Befunde ist im Resultat nicht von einer objektiv begründbaren 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). Im vorliegenden Gutachten wurden keine Wechselwirkungen der diagnostizierten Komorbiditäten genannt. So wird ausdrücklich festgehalten, dass keine rheumatologischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden (IV-Nr. 45.2 S. 5). Zur 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 wird im Gutachten festgehalten, die Beschwerdeführerin habe ausserhalb der Familie keine Kontakte. Als sie noch gearbeitet habe, habe sie immer nur Kontakte bei der Arbeit gehabt. Sie übe keinen Sport aus und gehe keinen Hobbys nach. Die Beschwerdeführerin habe zwei Schwestern und einen Bruder. Die 1973 geborene Schwester lebe in [...], die 1974 geborene Schwester in [...]. Der Bruder lebe in [...]. Alle seien verheiratet und hätten Kinder. Mit ihnen habe die Beschwerdeführerin alle ein bis zwei Wochen Kontakt. Der Vater der Beschwerdeführerin sei Alkoholiker gewesen und mit 55 Jahren an Krebs gestorben. Die Mutter sei inzwischen 90 Jahre alt und lebe in [...]. Vor zwei Jahren sei bei ihr Brustkrebs festgestellt worden. Die Entwicklung der Beschwerdeführerin in der frühen Kindheit sei wohl unauffällig gewesen. Der Vater sei zu

dieser Zeit kurzzeitig in [...] und auch in [...] auf Baustellen beschäftigt gewesen. Die Beschwerdeführerin sei ein ruhiges Kind gewesen, im Gegensatz zum wilderen Bruder. Die Mutter sei zugewandt und lieb gewesen, der Vater «eine Katastrophe». Er sei alkoholabhängig gewesen, stets sehr laut, habe die Mutter und die Kinder geschlagen. Er habe die Kinder zur Bestrafung auch häufig draussen schlafen lassen. Als er in [...] gewesen sei, habe er einzelne Tätigkeiten privat übernommen. Die Mutter habe sich um die Kinder gekümmert. Die Beschwerdeführerin sei in sehr armen Verhältnissen grossgeworden. Sie habe die erste Klasse in der Schule wiederholen müssen, sei ansonsten eine relativ gute Schülerin gewesen, habe dort auch Freunde gehabt. Mit 16 habe sie sich das erste Mal verliebt, habe dann in der Hoffnung auf ein besseres Leben früh geheiratet. Ihr Mann komme aus einer netten Familie aus dem Nachbardorf. Zum Ehemann habe sie bis heute eine gute Beziehung. Die Kinder seien noch in [...] geboren. Der Ehemann sei schon kurz vor dem [...]krieg Saisonnier in der Schweiz gewesen. Als er eine B-Bewilligung bekommen habe, sei die Familie gefolgt. Die Familie sei allerdings schon vorher wegen des Krieges nach [...] geflohen. In der Schweiz habe die Beschwerdeführerin gleich in einer Putzfirma gearbeitet, dann in einer Pizzeria und später bei der Firma R.____ im Lager. Anschliessend habe sie die Beschäftigung bei der Firma S.____ bekommen. Die Beschwerdeführerin habe zwei Töchter, wobei die ältere genau gegenüber wohne. Diese sei ebenfalls mit einem Mann aus [...] verheiratet und habe zwei Kinder (4 und 2.5 Jahre). Die Kinderbetreuung übernehme der Schwiegersohn an seinem freien Tag sowie die bei der Beschwerdeführerin und ihrem Ehemann lebende Tochter, sodass die Beschwerdeführerin und ihr Mann wenig mit der Kinderbetreuung zu tun hätten. Insgesamt sei für sie Deutsch immer noch schwierig. Der Umzug in die aktuelle Wohnung sei vor einem Jahr erfolgt, um in der Nähe der Töchter zu sein. Die Beschwerdeführerin lebe mit ihrer Tochter (geb. 1987) und ihrem Ehemann in einer Dreizimmerwohnung zur Miete. Der Ehemann sei arbeitslos und sie lebten von der Unterstützung der Tochter und der Arbeitslosenunterstützung. Die Beschwerdeführerin mache im Haushalt so viel sie könne, wobei sie den Einkauf zusammen mit dem Ehemann erledige, eventuell koche und auch die Wäsche mache. Das meiste mache indes ihre Tochter. Die Beschwerdeführerin habe in [...] acht Jahre die obligatorische Schule besucht und dann keine Ausbildung gemacht, sondern verschiedene Jobs angenommen. 1995 seien sie in die Schweiz gegangen. Wegen der Kinder habe sie mehrere Jahre nicht gearbeitet. Insgesamt ist somit davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin durchaus soziale und persönliche Ressourcen vorhanden sind (IV-Nr. 45.3 S. 9 ff.). Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Diesbezüglich ist auf das unter der Kategorie «funktioneller Schweregrad» Gesagte zu verweisen, wonach bei der Beschwerdeführerin Einschränkungen ersichtlich sind. Unter dem Titel «Konsistenzprüfung» hielten die Gutachter zudem fest, dass aus rheumatologischer Sicht Inkonsistenzen im Sinne eines erheblichen subjektiven Schmerzerlebens in Relation zu den objektiv normalen Befunden bestünden. Es gebe auch dahingehend Inkonsistenzen, dass die Beschwerdeführerin in ihren Alltagsaktivitäten zwar aktiv sei, sich aber als vollständig arbeitsunfähig einschätze. Im Bereich der Psychiatrie wurde sodann festgehalten, die Beschwerdeführerin berichte neu einen Unfall als Auslöser der aktuellen Verschlechterung,

der allerdings nirgends dokumentiert sei. Ansonsten gebe es keine Hinweise auf massgebliche Inkonsistenzen (IV-Nr. 45.2 S. 6). Unter Einbezug der Anamneseerhebung und der Schilderung der Beschwerdeführerin zum Tagesablauf erscheint eine gleichmässige Einschränkung ihres Aktivitätenniveaus somit eher nicht gegeben. 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). Im Gutachten wird festgehalten, dass die Beschwerdeführerin seit Mai 2019 eine ambulante psychiatrische Therapie bei Dr. med. J. ___ in Anspruch nehme, wobei diese initial zweimal im Monat durchgeführt worden sei und aktuell nur noch einmal pro Monat stattfinde (IV-Nr. 45.3 S. 10). Es ist somit bei der Beschwerdeführerin vom Vorliegen eines Leidensdruckes auszugehen. 6.3.5 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Teilgutachten 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 erstellt. Zusammenfassend vermag somit gestützt auf die eingehende Befunderhebung und die darauf gründende einleuchtende Begründung der Diagnosestellung sowie die vorangehende Indikatorenprüfung die gutachterliche Einschätzung zu überzeugen, wonach bei der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht in der bisherigen Tätigkeit in der Gastronomie sowie in jeglicher angepassten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % vorliege. 6.4 Es ist nachfolgend auf die gegen das psychiatrische Teilgutachten gerichteten Vorbringen der Beschwerdeführerin einzugehen. Die Beschwerdeführerin stützt sich dabei insbesondere auf den Bericht von Dr. med. J. ___ vom 12. Oktober 2022 (IV-Nr. 73 S. 2 ff., A.S. 18 f.). Da bereits unter E. II. 6.3.3 hiervoor auf diesen Bericht eingegangen worden ist, kann an dieser Stelle auf die entsprechenden Ausführungen verwiesen werden. 6.4.1 Die Beschwerdeführerin lässt zum einen vorbringen, die Schlussfolgerung im psychiatrischen Gutachten von Prof. Dr. med. G. ___, wonach die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit 60 % arbeitsfähig sei, sei nicht begründet (A.S. 19). So halte die psychiatrische Gutachterin fest, es könne auf die Beurteilung aus dem Gutachten vom 2. April 2020 abgestellt werden. Im entsprechenden Gutachten werde aber eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert. Es sei daher nicht nachvollziehbar, weswegen die Beschwerdeführerin nun trotzdem zu 60 % arbeitsfähig sein soll. In diesem Zusammenhang ist zunächst auf das psychiatrische Teilgutachten vom 26. März 2021 von Prof. Dr. med. G. ___ einzugehen. In diesem hielt die psychiatrische Gutachterin explizit fest, sie stimme mit der Einschätzung betreffend die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit von 50 % in der Tendenz mit der Vorgutachterin (Dr. med. Q. ___) überein, trage indes dem Eindruck Rechnung, dass die Beschwerdeführerin nicht stark schmerzgeplagt gewirkt habe (IV-Nr. 45.3 S. 17 unten). Folglich hat sich Prof. Dr. med. G. ___ mit der von der Vorgutachterin Dr. med. Q. ___ abweichenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt und nachvollziehbar begründet, weshalb sie – entgegen der Beurteilung im Vorgutachten – aktuell von einer Arbeitsfähigkeit von 60 % ausgeht. Dies ist nicht zu beanstanden. Das Vorbringen der Beschwerdeführerin läuft somit ins Leere. 6.4.2 Die Beschwerdeführerin stellt sich ferner auf den Standpunkt, es treffe

nicht zu, dass die Therapiefrequenz ab Dezember 2019 gesenkt worden sei (A.S. 20). Dem ist entgegenzuhalten, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der gutachterlichen psychiatrischen Exploration bei Prof. Dr. med. G.____ vom 3. Februar 2021 u.a. angegeben habe, sie sehe den behandelnden Psychiater Dr. med. J.____ seit November 2020 nur noch einmal im Monat. Vorher sei sie initial zweimal pro Monat in Behandlung gewesen. Es ist davon auszugehen, dass es sich hierbei um einen Schreibfehler handelt und es korrekterweise «seit November 2019» heissen sollte. So hielt Prof. Dr. med. G.____ fest, die ambulante Behandlungsfrequenz sei nach dem Aufenthalt in der Klinik C.____ auf einmal monatliche Termine reduziert worden (IV-Nr. 45.3 S. 16). Da die Hospitalisation in der Klinik C.____ bis am 13. Dezember 2019 andauerte (IV-Nr. 18 S. 1), ist von einer Senkung der Therapiefrequenz ab Dezember 2019 auszugehen. Dem entspricht im Übrigen auch die Angabe von Dr. med. J.____ im Arztbericht vom 12. März 2020 (IV-Nr. 22 S. 2), wonach der Abstand der Sitzungen in der Regel drei bis vier Wochen, entsprechend dem aktuellen Zustand bzw. den Bedürfnissen der Beschwerdeführerin, betrage, wobei der Abstand von vier Wochen überwiege. Damit wird das Argument der Beschwerdeführerin entkräftet.

6.5 Das psychiatrische Teilgutachten von Prof. Dr. med. G.____ ist folglich voll beweiswertig. 6.6 Zusammenfassend erweist sich somit das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. F.____ und Prof. Dr. med. G.____ vom 26. März 2021 als voll beweiswertig. Es ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 4. März 2024 (A.S. 1 ff.) aus medizinischer Sicht auf dieses abgestellt hat. Es kann daher auch auf die im Gutachten ausgewiesene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden. Folglich ist der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als Office-Mitarbeiterin in einem Restaurant sowie eine angepasste Tätigkeit, die nur leichte bis mittelbelastende Arbeiten beinhaltet, zu 60 % zumutbar. 7. Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Berechnung des Invaliditätsgrades zu Recht davon ausgegangen ist, dass die Beschwerdeführerin bei voller Gesundheit einer ausserhäuslichen Tätigkeit zu 80 % nachgehen würde und zu 20 % im Haushalt tätig wäre. Die Beschwerdeführerin stellt sich diesbezüglich auf den Standpunkt, sie wäre im Gesundheitsfall zu 100 % erwerbstätig (A.S. 17), weshalb die Beschwerdegegnerin die falsche Methode zur Invaliditätsbemessung angewendet habe. 7.1 Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nicht erwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was diese bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art. 27 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]) sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung – hier: 4. März 2024 – entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 144 I 28 E. 2.3 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 9C_403/2022 vom 15. März 2023 E. 4.1.1, 8C_674/2022 vom 15. Mai 2023 E. 3.1). Die

konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person sind nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen (BGE 117 V 194 E. 3b S. 195 mit Hinweis). Die Beantwortung der Statusfrage erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch hypothetische Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat (Urteil des Bundesgerichts 8C_674/2022 vom 15. Mai 2023 E. 3.2).

7.2 Den vorliegenden Akten lässt sich in Bezug auf die streitige Statusfrage Folgendes entnehmen:

7.2.1 Am Intake-Gespräch vom 16. Oktober 2019 (IV-Nr. 11) nahmen neben der Beschwerdeführerin die Gesprächsführende, Frau T.____, die RAD-Ärzte Dres. med. U.____ und V.____, sowie die Tochter der Beschwerdeführerin teil. Dem Gesprächsprotokoll ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin bei der Firma S.____ als Mitarbeiterin Office tätig sei. Sie arbeite am Band, nehme dort das schmutzige Geschirr auf dem Tablett entgegen, welches sie sortiere und in die Waschmaschine räume. Das trockene, saubere Geschirr lege sie auf einen Wagen und fahre zurück ins Restaurant, damit die Kunden frisches Geschirr hätten. Sie entsorge Abfall, hole das Geschirr von der Küche und wasche es. Die Beschwerdeführerin führe oft dieselbe Bewegung aus. Sie arbeite in einem Pensum von 47 %. Zuvor sei sie zu 80 % tätig gewesen, habe jedoch vor circa zwei Jahre das Pensum reduziert. Die Arbeit sei in den letzten Jahren durch das Streichen von Personal zu viel geworden. Ihr Mann habe dafür das Pensum erhöht. Sie verdiene im Jahr CHF 1'800.00 x 13. Die Beschwerdeführerin habe die Primar- und Oberschule in [...] besucht. Sie habe keine Ausbildung gemacht, da sie eine Familie gegründet habe. 1995 sei sie in die Schweiz gereist. Ihr Ehemann sei noch vor dem Krieg als Saisonnier in der Schweiz tätig gewesen. Hier habe sie

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