

# SO\_GERICHTE VSBES.2024.94 vom 13. März 2024

SO Obergericht, 2024-03-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2024.94](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2024.94)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2024.94 du 13 mars 2024

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2024.94 del 13 marzo 2024

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die Versicherte A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführerin), geb. 1969, meldete sich am 13. April 2011 bei der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Aargau zum Leistungsbezug an (IV-Stellen Beleg Nr. [nachfolgend: IV-Nr.] 4). In der Folge holte die IV-Stelle medizinische Unterlagen ein. Die B.\_\_\_\_ veranlasste als Krankentaggeldversicherung bei Dr. med. C.\_\_\_\_ ein psychiatrisches Gutachten. Gestützt darauf verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 26. Februar 2013 (IV-Nr. 61) einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung.

1.2 Am 9. April 2015 meldete sich die Beschwerdeführerin erneut zum Leistungsbezug bei der IV-Stelle des Kantons Aargau an (IV-Nr. 64). Mit Verfügung vom 25. September 2015 trat die IV-Stelle auf die Neuanschuldung der Beschwerdeführerin nicht ein (IV-Nr. 72).

2. Am 21. Mai 2021 meldete sich die Beschwerdeführerin wiederum zum Leistungsbezug bei der neu zuständigen IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) an (IV-Nr. 75). In der Folge holte die Beschwerdegegnerin weitere medizinische Unterlagen ein und veranlasste bei der D.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie und Innere Medizin. Das Gutachten erging am 13. Februar 2023 (IV-Nr. 120). Darin kamen die Gutachter zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. Gestützt darauf verneinte die Beschwerdegegnerin nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-Nr. 122) den Anspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente mit Verfügung vom 13. März 2024 (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.).

3. Dagegen lässt die Beschwerdeführerin am 24. April 2024 Beschwerde erheben (A.S. 4 ff.). Sie stellt folgende Rechtsbegehren:

4. Mit Eingabe vom 11. Juni 2024 (A.S. 31) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf Einreichung einer begründeten Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde.

5. Mit Verfügung vom 12. Juni 2024 (A.S. 32 f.) wird der Beschwerdeführerin ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwältin Claudia Trösch, [...], als unentgeltliche Rechtsbeiständin bestellt.

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

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

2. Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Die hier angefochtene Verfügung erging vor dem 1. Januar 2022. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar (Urteil des Bundesgerichts 8C\_787/2021 vom 23. März 2022 E. 2.1 mit Hinweisen).

## **E. 2**

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine ganze Invalidenrente auszurichten.

## **E. 3**

3.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV). Dies gilt in analoger Weise auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 351 E. 3.5.3) sowie dann, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 68 E. 5.2.3, 125 V 412 E. 2b, 117 V 200 E. 4b).

3.2 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf eine Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen, bezogen auf Art. 41 a.F. IVG). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b).

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

## **E. 4**

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

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

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

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

5. Strittig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente mit Verfügung vom 13. März 2024 zurecht verneint hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren grundsätzlich ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) ■ durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten Rentenabweisungsverfügung, welche auf einer umfassenden Prüfung des medizinischen Sachverhalts basierte ■ vorliegend die Verfügung vom 26. Februar 2013 ■ bestanden hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_413/2009 vom 11. September 2009 E. 4), mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 13. März 2024 (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2).

5.1 Bei ihrer letzten leistungsabweisenden Verfügung vom 26. Februar 2013 stellte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das von der B. \_\_\_ als Krankentaggeldversicherung veranlasste psychiatrische Gutachten von Dr. med. C. \_\_\_ vom 28. Juni 2012 (IV-Nr. 55) ab. Darin wurden folgende Diagnosen gestellt:

Zur Beurteilung hielt Dr. med. C.\_\_\_\_ fest, in der aktuellen Untersuchung habe sich die Versicherte in der psychologischen Anamneseerhebung sowie auf die erste offene Frage nach ihrem Befinden in der psychiatrischen Exploration als eingeschränkt gezeigt. Jedoch sei es dann auf die dezidierte Nachfrage sehr wohl gelungen, Aktivitäten des täglichen Lebens zu erfragen, die als normal betrachtet werden dürften und nicht Ausdruck einer anhaltenden depressiven Episode darstellten. Hinsichtlich der aktuellen Partnerschaft sei ein durchaus positives Gefühl vermittelt worden und sie habe auch normale Kontakte zu den Eltern und es sei positiv, dass sie zu einer Freundin, die sie 13 Jahre gekannt habe, nun wieder Kontakt aufgenommen habe.

In der aktuellen Untersuchung sei hinsichtlich des psychischen Befundes kein depressives Syndrom zu erheben gewesen, das die Diagnosestellung einer anhaltenden depressiven Episode gerechtfertigt hätte. Es bestehe keine anhaltende psychische Gesundheitsschädigung, die sich aus den vorliegenden ärztlichen Unterlagen nachvollziehbar im Verlauf objektivieren lasse. Die Versicherte sei entsprechend in der beruflichen Tätigkeit als Mitarbeiterin Info/Kasse unter Berücksichtigung des bisherigen Arbeitspensums von 51 % wieder voll arbeitsfähig.

5.2 In der vorliegend angefochtenen Verfügung stellte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das polydisziplinäre D.\_\_\_\_-Gutachten vom 13. Februar 2023 (Fachrichtungen Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie und Innere Medizin; IV-Nr. 120) ab. Darin wurden folgende Diagnosen gestellt:

Zur Beurteilung hielten die Gutachter fest, es bestehe weder in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aktenkundig sei eine langjährige Arbeitsunfähigkeit genannt worden, die sich angesichts der jetzigen Befunde nicht mehr fortschreiben lasse. Spätestens mit der jetzigen Begutachtung geltend.

## **E. 5**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 4. Mit Eingabe vom 11. Juni 2024 (A.S. 31) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf Einreichung einer begründeten Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde. 5. Mit Verfügung vom 12. Juni 2024 (A.S. 32 f.) wird der Beschwerdeführerin ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwältin Claudia Trösch, [...], als unentgeltliche Rechtsbeiständin bestellt. 6. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Die hier angefochtene Verfügung erging vor dem 1. Januar 2022. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar (Urteil des Bundesgerichts 8C\_787/2021 vom 23. März 2022 E. 2.1 mit Hinweisen). 3. 3.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87

Abs. 3 und 4 IVV). Dies gilt in analoger Weise auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 351 E. 3.5.3) sowie dann, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 68 E. 5.2.3, 125 V 412 E. 2b, 117 V 200 E. 4b).

3.2 Tritt die Verwaltung – wie im vorliegenden Fall – auf eine Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen, bezogen auf Art. 41 a.F. IVG). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, s. BGE 105 V 30 – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

4. 4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4). Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchsbegründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

4.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (AHI 2001 S. 113 E. 3a). Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die

Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1). 5. Strittig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente mit Verfügung vom 13. März 2024 zurecht verneint hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren grundsätzlich – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) – durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten Rentenabweisungsverfügung, welche auf einer umfassenden Prüfung des medizinischen Sachverhalts basierte – vorliegend die Verfügung vom 26. Februar 2013 – bestanden hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_413/2009 vom 11. September 2009 E. 4), mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 13. März 2024 (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2).

5.1 Bei ihrer letzten leistungsabweisenden Verfügung vom 26. Februar 2013 stellte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das von der B.\_\_\_\_ als Krankentaggeldversicherung veranlasste psychiatrische Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 28. Juni 2012 (IV-Nr. 55) ab. Darin wurden folgende Diagnosen gestellt: - Vordiagnostizierte rezidivierende depressive Störung ICD-10 F33.10, aktuell weitgehend remittiert - Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge mit abhängigen und selbstunsicheren Anteilen, keine ICD-Diagnose Zur Beurteilung hielt Dr. med. C.\_\_\_\_ fest, in der aktuellen Untersuchung habe sich die Versicherte in der psychologischen Anamneseerhebung sowie auf die erste offene Frage nach ihrem Befinden in der psychiatrischen Exploration als eingeschränkt gezeigt. Jedoch sei es dann auf die dezidierte Nachfrage sehr wohl gelungen, Aktivitäten des täglichen Lebens zu erfragen, die als normal betrachtet werden dürften und nicht Ausdruck einer anhaltenden depressiven Episode darstellten. Hinsichtlich der aktuellen Partnerschaft sei ein durchaus positives Gefühl vermittelt worden und sie habe auch normale Kontakte zu den Eltern und es sei positiv, dass sie zu einer Freundin, die sie 13 Jahre gekannt habe, nun wieder Kontakt aufgenommen habe. In der aktuellen Untersuchung sei hinsichtlich des psychischen Befundes kein depressives Syndrom zu erheben gewesen, das die Diagnosestellung einer anhaltenden depressiven Episode gerechtfertigt hätte. Es bestehe keine anhaltende psychische Gesundheitsschädigung, die sich aus den vorliegenden ärztlichen Unterlagen nachvollziehbar im Verlauf objektivieren lasse. Die Versicherte sei entsprechend in der beruflichen Tätigkeit als Mitarbeiterin Info/Kasse unter Berücksichtigung des bisherigen Arbeitspensums von 51 % wieder voll arbeitsfähig.

5.2 In der vorliegend angefochtenen Verfügung stellte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das polydisziplinäre D.\_\_\_\_-Gutachten vom 13. Februar 2023 (Fachrichtungen Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie und Innere Medizin; IV-Nr. 120) ab. Darin wurden folgende Diagnosen gestellt: - Adipositas Grad I, Status nach Magenbypass-Operation bei Adipositas Grad III (2016) - Arterielle Hypertonie - Migräne - Status nach Knie-TEP-Wechsel linkes Kniegelenk 5/2019, Primärimplantation 22. Juni 2018, ohne wesentliche funktionelle Einschränkungen in der hiesigen Untersuchung - Bildmorphologische medial betonte Gonarthrose rechts, ohne klinisches Korrelat in der hiesigen Untersuchung - Status nach transmuraler Ruptur der Supraspinatussehne mit Zeichen der fortgeschrittenen Degeneration, ohne klinisches Korrelat in der hiesigen Untersuchung - Bildmorphologische degenerative Veränderungen der Wirbelsäule mit osteoligamentärer Einengung des Spinalkanals in Höhe LWK3/4 - Rezidivierend depressive Störung, remittiert, ICD-10: F33.4 - Persönlichkeitsakzentuierung

mit abhängigen und ängstlich vermeidenden Zügen, ICD-10: Z73.1 Zur Beurteilung hielten die Gutachter fest, es bestehe weder in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aktenkundig sei eine langjährige Arbeitsunfähigkeit genannt worden, die sich angesichts der jetzigen Befunde nicht mehr fortschreiben lasse. Spätestens mit der jetzigen Begutachtung geltend.

## **E. 6**

6.1 Wie vorgehend festgehalten, stellte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 13. März 2024 im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der D.\_\_\_\_ vom 13. Februar 2023 (IV-Nr. 120) ab, weshalb nachfolgend dessen Beweiswert zu prüfen ist.

Vorweg ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) mit Medienmitteilung vom 4. Oktober 2023 darüber informiert hat, dass die Invalidenversicherung keine medizinischen Gutachten mehr an die D.\_\_\_\_ vergibt. Damit kommt die IV der Empfehlung der Eidgenössischen Kommission für die Qualität bei der medizinischen Begutachtung (nachfolgend EKQMB) nach. Diese hat in ärztlichen Gutachten der D.\_\_\_\_ formale und inhaltliche Mängel festgestellt. Weiter hat das BSV die IV-Stellen angewiesen, bereits vorliegende Gutachten der D.\_\_\_\_ einer erneuten Qualitätskontrolle zu unterziehen, wenn im konkreten Fall noch kein rechtskräftiger Leistungsentscheid vorliegt. Rechtskräftige Leistungsentscheide bleiben bestehen. Im Lichte dieser Ausführungen ist nicht davon auszugehen, dass bereits erstellte D.\_\_\_\_-Gutachten per se als nicht beweiswertig anzusehen sind. Jedoch ist in diesem Zusammenhang auf den zwischenzeitlich ergangenen Bundesgerichtsentscheid 8C\_122/2023 vom 26. Februar 2024 hinzuweisen. Darin führte das Bundesgericht aus, bei der Würdigung von durch die D.\_\_\_\_ erstellten Gutachten sei dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die IV gestützt auf die am 4. Oktober 2023 veröffentlichte Empfehlung EKQMB die Vergabe von bi- und polydisziplinären Expertisen an diese Gutachterstelle beendet habe. In der Übergangssituation, in der bereits eingeholte Gutachten der D.\_\_\_\_ zu würdigen seien, rechtfertige es sich, an die Beweiswürdigung strengere Anforderungen zu stellen und die beweisrechtliche Situation mit derjenigen bei versicherungsinternen medizinischen Entscheidungsgrundlagen zu vergleichen. In solchen Fällen genügte bereits relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, um eine neue Begutachtung anzuordnen bzw. ein Gerichtsgutachten einzuholen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_122/2023 vom 26. Februar 2024 E. 2.3).

Demnach ist auch im vorliegenden Fall zu prüfen, ob das D.\_\_\_\_-Gutachten vom 13. Februar 2023 die vorgenannten strengen Beweiskriterien gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung erfüllt.

6.2 Sodann ist vorab auf diverse allgemeine Rügen der Beschwerdeführerin einzugehen, in welchen sie sich auf den vorgenannten Untersuchungsbericht der EKQMB vom 4. Oktober 2023 bezieht und im Wesentlichen argumentiert, die vom EKQMB bei den D.\_\_\_\_-Gutachten insgesamt festgestellten Mängel bestünden auch im vorliegenden D.\_\_\_\_-Gutachten vom 13. Februar 2023. So werde im Gutachten unter anderem darauf hingewiesen, dass die Tonaufzeichnung allein massgeblich sei und hinsichtlich der Anamnese die alleinige Grundlage der gutachterlichen Beurteilung darstelle. Diesbezüglich werde Im Untersuchungsbericht der EKQMB (S. 14 f.) festgehalten, dass die grobe Unzulänglichkeit der schriftlichen Dokumentation aus Sicht der EKQMB die

Nachvollziehbarkeit der anamnestischen Angaben sowohl für die anderen beteiligten Disziplinen als auch für die Fallführung z.B. bei der Erstellung der Konsensbeurteilung beeinträchtigt. Dieses Vorgehen widerspreche den Anforderungen an die medizinische Dokumentation sowohl im Rahmen der Behandlung als auch im Rahmen der Begutachtung. Da im vorliegenden Gutachten die Anamnese von sämtlichen Gutachtern gemäss der von der EKQMB als grob unzulänglich qualifizierten Vorgehensweise erhoben worden sei, verbiete es sich auch in dieser Hinsicht eindeutig, auf das Gutachten abzustellen. Im Weiteren sei von der EKQMB kritisiert worden, dass in der Konsensbewertung nicht angegeben werde, wer das Gutachten erstellt habe und wer den Konsens formuliert habe (S. 21 des Untersuchungsberichts). Auch dem vorliegenden Gutachten sei nicht zu entnehmen, wer der Fallführer gewesen sei und wer den Konsens formuliert habe. Diesen Rügen ist entgegenzuhalten, dass nach Erlass des Berichts der EKQMB sowohl das BSV als auch das Bundesgericht davon Kenntnis hatten, dass die von der EKQMB bemängelten Punkte dem generellen Vorgehen der D. \_\_\_ entsprachen. Es lässt sich auch nicht übersehen, dass die Kommission teilweise Kriterien anwandte, welche über die durch das Bundesgericht formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme hinaus gehen. Wäre das Bundesgericht der Ansicht gewesen, dass diese Gründe ausreichen, um ein D. \_\_\_-Gutachten von vornherein als nicht verwertbar zu erachten, hätte es entschieden, dass den D. \_\_\_-Gutachten generell kein Beweiswert zugemessen werden könne. Wie in E. II.

### **E. 6.1**

hiervor dargelegt wurde, ist den D. \_\_\_-Gutachten aber trotz dieses generellen Vorgehens nicht per se jeglicher Beweiswert abzuspochen. Vielmehr sind diese im unter dem beweisrechtlichen Blickwinkel der geringen Zweifel zu prüfen.

### **E. 6.3**

6.3.1 Im internistischen Teilgutachten der D. \_\_\_ (IV-Nr. 120, S. 40 ff.) wurde ausgeführt, allgemein-internistischerseits bestehe ein Status nach Magenbypassoperation (01/2016). In diesem Zusammenhang sei ein Gewichtsverlust von über 40 kg sowie ein stabiler Gewichtsverlauf seit über einem Jahr berichtet worden. Die zuvor bestehenden metabolischen Auffälligkeiten (Dyslipidämie, Diabetes mellitus Typ II, Hyperurikämie) hätten sich seit dem Gewichtsverlust normalisiert. Eine arterielle Hypertonie werde neu antihypertensiv therapiert, die Versicherte führe regelmässige Heimmessungen durch. Im hiesigen klinischen Befund habe sich eine Adipositas Grad I mit sichtbarer Fettschürze gezeigt. Hinweise auf Hautinfektionen oder Irritationen im Bereich der Hautfalten hätten sich nicht ergeben. Das Blutdruckverhalten habe normoton imponiert. Laborchemisch habe man einen grenzwertig erhöhten CRP-Wert gesehen bei sonst normwertigen Leukozyten und normwertigem Blutbild. Sowohl die Nierenparameter als auch die Leberwerte und der CDT-Wert hätten regelrecht imponiert. Im EKG habe man einen regelrechten Befund gesehen. Im Rahmen einer bariatrischen Bypassoperation (2016) habe ein Gewichtsverlust von über 40 kg erzielt werden können, es imponiere seither ein stabiler Gewichtsverlauf mit einem aktuellen BMI von 33,69 kg/m<sup>2</sup>, was einer Adipositas Grad I entspreche. Bei arterieller Hypertonie und kürzlich etablierter Therapie hätten sich in der aktuellen Untersuchung normotensive Blutdruckwerte ergeben. Die Indikatoren wiesen keine internistisch begründbare relevante Beeinträchtigung der Selbständigkeit, Selbstversorgung und sozialen Aktivität der versicherten Person aus. Die Versicherte sei in die Hausarbeit integriert. Bis August 2022 sei eine regelmässige ehrenamtliche Tätigkeit innerhalb der

Kirche erfolgt.

Gestützt auf diese nachvollziehbaren Ausführungen vermag sodann auch die gutachterliche Beurteilung zu überzeugen, wonach zusammengefasst allgemein-internistischerseits keine relevante Behinderung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit resultiere. Diese Beurteilung steht denn auch in Übereinstimmung mit den Vorakten und wird von den Parteien nicht bestritten. Somit kann auf das internistische Teilgutachten der D.\_\_\_\_ abgestellt werden.

6.3.2 Im neurologischen Teilgutachten der D.\_\_\_\_ (IV-Nr. 120, S. 78 ff.) wurde festgehalten, in der hiesigen neurologischen Untersuchung habe kein namhaftes objektivierbares nervales Defizit bestanden. Entgegen den Angaben der Versicherten habe sie hier nicht schmerzgeplagt gewirkt, bei guter Beweglichkeit auf der Untersuchungsliege. Ein spinales oder radikuläres Syndrom habe nicht bestanden und radikuläre Reizzeichen seien nicht provozierbar gewesen. Vielmehr hätten gute motorische und koordinative Fähigkeiten bestanden. Ein namhaftes objektivierbares nervales Defizit habe nicht bestanden und unter Berücksichtigung der Aktendokumente habe kein Carpal-tunnelsyndrom beidseits mehr bestanden, bei zusätzlich fehlenden nervalen Reizzeichen mit Bezug zum Carpal-tunnel beidseits. Die hiesige MRI-Bildgebung mittels MRI des Gehirns und der Wirbelsäule habe unter Berücksichtigung der neurologischen Untersuchung radiologische Befunde ohne klinisch-neurologisches Korrelat ergeben. In der hiesigen Untersuchung habe kein zerebelläres Syndrom bestanden bei guten koordinativen Fähigkeiten der Versicherten. Mit Bezug zur radiologischen Bildgebung der Wirbelsäule habe im hiesigen neurologischen Untersuchungsbefund kein namhaft objektivierbares spinales oder radikuläres Syndrom bestanden. Radikuläre Reizzeichen hätten nicht bestanden. Die hier erhobenen Befunde mit fehlenden Parese- und Atrophiezeichen sprächen ebenso wie die seitengleich mittellebhaft durchgängig erhaltenen Muskeleigenreflexe bei fehlenden Pyramidenbahnzeichen gegen eine spinale oder radikuläre Störung. Sodann würden in der hiesigen neurologischen Anamneseerhebung episodische Kopfschmerzen beklagt mit derzeit zwei bis sechs Kopfschmerztagen im Monat. Das hier von der Versicherten vorgetragene Kopfweh sei aus hiesiger neurologischer Sicht als migränöser Kopfschmerz einzuordnen. Eine Aurasymptomatik sei hier nicht beklagt worden. Die eher geringe Kopfschmerzhäufigkeit und das Ansprechen auf Triptane sprächen gegen eine Minderung der Arbeitsfähigkeit durch die Migräne. Aus hiesiger neurologischer Sicht bestehe keine Indikation zu einer Medikation mit Opioiden. Auch die regelmässige Einnahme von Zolpidem berge die Gefahr einer Suchtentwicklung. Neurologische Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit der Versicherten seien den Aktendokumenten nicht zu entnehmen. Eine neurologisch begründete Einschränkung von Selbstständigkeit, Selbstversorgung, sozialer Integration und Aktivität lasse sich aus den hiesigen Befunden nicht ableiten. Zur Entlastung des Achsenskeletts sollte eine weitere Gewichtsreduktion angestrebt werden. Die Versicherte habe hier berichtet, soziale Kontakte zur Familie und zu Freunden zu pflegen. Sie benutze die öffentlichen Verkehrsmittel und benutze gelegentlich das Velo. Sie stricke gern und interessiere sich für Pferde. Im Jahr 2021 sei sie für ein paar Tage nach Hamburg gereist und unternahme gelegentlich auch kleinere Ausflüge. Die von der Versicherten beklagten Einschränkungen im Haushalt seien aus neurologischer Sicht nicht hinreichend erklärt.

Gestützt auf diese nachvollziehbaren Ausführungen vermag sodann auch die gutachterliche Beurteilung zu überzeugen, wonach sich zusammengefasst unter Berücksichtigung der Anamnese, Aktendokumente, der hiesigen neurologischen Untersuchung sowie der

Zusatzdiagnostik feststellen lasse, dass kein hinreichender Anhalt für eine namhafte objektivierbare nervale Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehe. Aus hiesiger neurologischer Sicht bestehe keine Notwendigkeit für eine angepasste Tätigkeit. Anderslautende neurologische Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit seien den Aktendokumenten nicht zu entnehmen. Die hiesige neurologische Begutachtung habe kein namhaftes objektivierbares nervales Defizit ergeben. Entgegen ihren Angaben habe die Versicherte hier nicht namhaft schmerzgeplagt und gut beweglich gewirkt. Die Beschwerden im Alltag und bei Haushaltstätigkeiten seien aus neurologischer Sicht nicht hinreichend erklärt. Beim beklagten Kopfweg handle es sich aus hiesiger neurologischer Sicht um eine episodische Migräne, wobei die Kopfschmerzfrequenz und das Ansprechen auf ein Triptan gegen einen invalidisierenden Charakter der Migräne sprächen. Im Übrigen steht diese Beurteilung in Übereinstimmung mit den Vorakten. Somit ist das neurologische Teilgutachten der D.\_\_\_\_ beweismäßig.

Sodann vermögen auch die Rügen der Beschwerdeführerin den Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens nicht zu vermindern, wie nachfolgend darzulegen ist. Die Beschwerdeführerin macht unter anderem geltend, der neurologische Gutachter spule einfach den bereits im Voraus von der Beschwerdeführerin ausgefüllten Fragekatalog herunter. Als sie zu erzählen beginne, dass ihr Tagesablauf nicht gut sei, im Moment sowieso nicht, werde sie vom Gutachter unterbrochen, welcher direkt die nächste Frage stelle (ca. 16:30 der Tonaufnahme). Auch als die Beschwerdeführerin zu erzählen beginne, dass es ihr psychisch nicht gut gehe (ca. 17:41 der Tonaufnahme), werde sie vom Gutachter abrupt mit der Frage «und wann waren sie in Hamburg» unterbrochen. Auch am Schluss der Befragung, als sie erzähle, dass sie nun im E.\_\_\_\_ in Behandlung sei, unterbreche der Gutachter sie wiederum mit einer Frage. Zu diesen Rügen ist vorab festzuhalten, dass nicht ersichtlich ist, was die Beschwerdeführerin daraus zu ihren Gunsten ableiten will. So kann es dem neurologischen Gutachter nicht zum Vorwurf gemacht werden, wenn er die Gesprächsführung übernimmt und das Gespräch in für seinen Fachbereich relevante Bereiche lenken will. So sind denn auch die Ausführungen zum psychischen Gesundheitszustand für den Neurologen von untergeordneter Bedeutung. Im Übrigen lassen sich in den Tonaufnahmen der neurologischen Begutachtung keine Hinweise darauf finden, dass die Befragung der Beschwerdeführerin nicht lege artis vorgenommen worden wäre.

Des Weiteren rügte die Beschwerdeführerin, der neurologische Gutachter habe den Sachverhalt überaus beschönigend dargestellt. So werde im neurologischen Gutachten auf S. 103 festgehalten, dass die Beschwerdeführerin in der Lage gewesen sei, die Treppen bis in die zweite Ebene zügig hinter dem Gutachter hinaufzusteigen und der Untersuchungsraum sei mit einem flüssigen Gangbild betreten worden. Dies sei offensichtlich falsch. So könne dem rheumatologischen Gutachten auf S. 144 entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin die Treppe langsam, alternierend, deutlich links hinkend, unter Festhalten am Geländer bewältigt habe. Der Gang zum Untersuchungsraum sei langsam gewesen. Die Beschwerdeführerin habe denn auch berichtet, dass ihr unter anderem das Treppensteigen Probleme bereite und sie dann stechende Schmerzen im Knie habe. Somit seien die Ausführungen im neurologischen Gutachten klar unzutreffend. Dem ist vorab entgegenzuhalten, dass unterschiedliche Beobachtungen und Befunderhebungen durch verschiedene Gutachter aus unterschiedlichen Fachbereichen den Beweiswert der jeweiligen Gutachten nicht per se zu schmälern vermögen, zumal die genannten gutachterlichen Untersuchungen in

unterschiedlichen Lokalisationen durchgeführt wurden. So fand die neurologische Untersuchung an der [...], und die rheumatologische Untersuchung an der [...], statt. Aufgrund der unterschiedlichen lokalen Gegebenheiten können demnach die gutachterlichen Beobachtungen nicht ohne weiteres miteinander verglichen werden. Zudem fand die neurologische Untersuchung am 13. September 2022 und die rheumatologische Untersuchung mehr als einen Monat später, am 15. Oktober 2022 statt, womit die unterschiedlichen Schilderungen der Gutachter auch auf divergierende Tagesformen der Beschwerdeführerin zurückgeführt werden können. Auch andere Erklärungen sind denkbar. Jedenfalls lassen die voneinander abweichenden Beschreibungen nicht den Schluss zu, die eine davon sei unzutreffend.

Zusammenfassend vermögen die Rügen der Beschwerdeführerin somit den Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens der D.\_\_\_\_ nicht zu entkräften, weshalb auf dieses abzustellen ist.

6.3.3 Im rheumatologischen Teilgutachten der D.\_\_\_\_ (IV-Nr. 120, S. 120 ff.) wurde ausgeführt, in der hiesigen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin eine eingeschränkte Mobilität mit einem linkshinkenden Gangbild an zwei Walkingstöcken präsentiert. Während der gesamten Anamneseerhebung sei die Versicherte ruhig gesessen, in hinterer Sitzposition mit gelegentlichen kleinen Positionswechseln von rechts nach links. Ein Schonsitz oder ein schmerzbedingtes Aufstehen sei während der Anamneseerhebung nicht zu beobachten gewesen. Die spontane Beweglichkeit der unteren Extremitäten sei nicht namhaft eingeschränkt gewesen. Bei Status nach Implantation einer Knie-totalendoprothese links am 22. Juni 2018 und Revisionsoperation am 27. Mai 2020 habe sich in der hiesigen klinischen Untersuchung eine gute aktive und passive Kniegelenksbeweglichkeit links ohne namhaft schmerzbedingte Einschränkungen gezeigt. Die Instabilität des linken Kniegelenkes mit lateraler Aufklappbarkeit 1 bis 2+ habe die Versicherte muskulär gut stabilisieren können. In der hiesigen Schnittbilddiagnostik des rechten Kniegelenkes vom 18. November 2022 hätten sich ein im Vergleich zum Vorbericht nahezu stationärer Befund mit Zeichen einer leichten Pangenarthrose mit tiefen Knorpeldefekten in allen Kompartimenten sowie Meniskusdegenerationen des Innenmeniskushinterhorns mit horizontaler Rissbildung gezeigt. Ein Gelenkerguss oder Anzeichen für eine entzündliche Grunderkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis hätten nicht bestanden. In der hiesigen klinischen Untersuchung sei das rechte Kniegelenk frei beweglich gewesen, mit Druckschmerzangaben über dem Innenbandverlauf. Ein wesentliches schmerzbedingtes Belastungsdefizit der rechten unteren Extremität sei in der hiesigen Untersuchung jedoch nicht zu erheben gewesen. Bei geklagten belastungsabhängigen Rückenschmerzen mit anamnestischem positivem Hustenschmerz und Schmerzausstrahlung in das linke Bein ventrolateral mit Beteiligung aller Zehen, habe die Beschwerdeführerin eine eingeschränkte Wirbelsäulenbeweglichkeit der Halswirbelsäule in der Rotation sowie der Brust-/Lendenwirbelsäule in der Inklinatation mit Schmerzangaben beim Wiederaufrichten und Zwischenstabilisierung mit Abstützreaktion auf beiden Oberschenkeln präsentiert. Der Finger-Boden-Abstand mit 30 cm habe jedoch nicht mit dem Langsitz von 18 cm korreliert, welcher ohne wesentliche Schmerzangaben ausführbar gewesen sei. Sodann habe die hiesige spinale Bilddiagnostik degenerative Veränderungen der unteren Wirbelsäule mit einer aktivierten Facettengelenksarthrose in Höhe LWK 2/3 und LWK 3/4 sowie einer geringen Osteochondrose der Segmente LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1 gezeigt. Zudem sei auf Höhe LWK 3/4 eine höhergradige osteodiskoligamentäre Einengung des Spinalkanals

sowie eine neuroforaminale Einengung der Nervenwurzeln L3 links und L4 rechts sowie L5 beidseits zur Darstellung gekommen. Ein radikuläres Defizit habe sich klinisch nicht verifizieren lassen und die umschriebenen Paresen hätten nicht bestanden. Zudem stünden die angegebenen Beschwerden von Seiten der rechten Schulter nicht im Einklang mit der hiesigen Untersuchung. Die Schulterbeweglichkeit beidseits sei in allen Ebenen frei ausführbar gewesen bei schmerzlosem Krepitieren in der Seitwärtsführung rechts. Die hiesige Schnittbilddiagnostik der rechten Schulter mit Zeichen der transmuralen Ruptur der Supraspinatussehne habe bereits eine Retraktion der Sehne mit Verfettung des zugehörigen Muskelbauches gezeigt, sodass von einer länger zurückliegenden Verletzung der Rotatorenmanschette ausgegangen werden könne. Die fortgeschrittene AC-Gelenksarthrose mit sichtbarem Reizzustand habe keine Auswirkungen auf die Funktion der rechten Schulter in der hiesigen Untersuchung gehabt. Des Weiteren wären die Kriterien einer Fibromyalgie formal erfüllt. Eine namhafte Minderung der Selbstständigkeit und der Selbstversorgung sei hierdurch angesichts der hiesigen Befunde jedoch nicht als wahrscheinlich anzusehen. Zudem sei die Versicherte innerhalb der Familie und des Freundeskreises sozial integriert, selbstversorgend, erledige sämtliche Haushaltsarbeiten selbstständig und besorge die Einkäufe. Die Mobilität der Versicherten sei nicht wesentlich eingeschränkt. Die Teilnahme am öffentlichen Strassenverkehr sei zumutbar und auch leistbar, was durch die zuletzt durchgeführte Fernreise nach Hamburg bestätigt werde. Sodann habe bei klinischen Zeichen einer Rhizarthrose in der Handkraftmessung mittels Dynamometer sowohl in der Griffstufe 2 als auch in der Griffstufe 4 eine ausreichende Handkraft bestanden. Die von der Versicherten reklamierte Abschwächung der Handkraft mit Unvermögen Gegenstände festzuhalten sei somit nicht plausibel. Ein neurologisches Defizit sei nicht zu erheben. Zeichen einer namhaften Muskelminderung als Hinweis auf eine selten differente Schonungsatrophie seien bei seitengleichen Umfangsmassen der oberen Extremitäten nicht zu erheben gewesen.

Gestützt auf diese nachvollziehbaren Ausführungen, welche auf einer eingehenden Befunderhebung gründen, vermag sodann auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen. Demnach bestehe aufgrund der degenerativen Veränderungen von Seiten des Bewegungsapparates mit Verschleisserscheinungen der Wirbelsäule sowie Status nach Knie-TEP links und medialbetonter Gonarthrose rechts eine dauerhafte qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, namentlich schieden körperlich schwere Arbeiten auf Dauer aus. In körperlich überwiegend leichten Tätigkeiten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübt, ohne schweres Heben und Tragen von Lasten, ohne ständiges Stehen oder Gehen zu unebener Erde und ohne Arbeiten in ungünstigen Körperpositionen mit Belastung der Wirbelsäule und der Kniegelenke, wie zum Beispiel in vornüber geneigter Haltung oder im Hocken, sei jedoch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu attestieren. Aktenkundig seien passagere Arbeitsunfähigkeiten nach Implantation einer Knieendoprothese links vom 22. Juni 2018 und Knie-TEP-Wechsel am 27. Mai 2020 attestiert worden. Dr. med. F.\_\_\_\_, Orthopädie/Traumatologie, G.\_\_\_\_, habe am 20. Juli 2020 und 4. September 2020 nach Knie-TEP-Wechsel links ausgeführt, er erwarte eine weitere Beschwerdereduktion und Verbesserung der Funktionalität bis zu 1 ½ Jahren postoperativ. Dr. med. H.\_\_\_\_, Orthopädie, nenne am 9. Februar 2022 als Diagnose ein höchstchronifiziertes multilokuläres Schmerzsyndrom mit Tendenz zum Wide spread Pain bei ursprünglicher Gonarthrose links mit ungünstigen psychologischen Cofaktoren (Depression) und habe die Beschwerdeführerin seit 20 Jahren als arbeitsunfähig erachtet. Bezogen auf die letzte

Tätigkeit als Kassiererin im Sitzen mit Körperrotation, wechselbelastend repetitiv, teilweise Schichtarbeit bestehe momentan eine Arbeitsfähigkeit von 0 Stunden. Es müsse erst das multimodale Therapiekonzept greifen. Dem hielt der rheumatologische Gutachter entgegen, den Einschätzungen von Dr. med. H.\_\_\_\_ könne angesichts des jetzigen Befunds nicht mehr zugestimmt werden. In angepasster Tätigkeit, überwiegend leicht, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübt, lasse sich keine weitere Arbeitsunfähigkeit attestieren. Diese Beurteilung vermag zu überzeugen, zumal der rheumatologische Gutachter zurecht auf die von der Beschwerdeführerin gezeigten Inkonsistenzen hinweist. So stimme die dargebotene eingeschränkte Mobilität nicht mit der beobachteten nicht wesentlich schmerzlimitierten spontanen Mobilität überein. Die geklagten frontalen Kopfschmerzen mit Ausstrahlung in die Augenwinkel bei axialer Stauchung über dem Occiput seien ebenfalls nicht plausibel und es existiere kein biologisches Korrelat hierfür. Für die potenziell suchtinduzierende analgetische Schmerzmedikation mit Fentanyl-Pflaster und Palexia mit insgesamt 450 mg bestehe aus Sicht des Gutachters angesichts des hiesigen Befunds keine ausreichende Indikation.

Zusammenfassend steht die Beurteilung im rheumatologischen Gutachten im Wesentlichen in Übereinstimmung mit den Vorakten und wird von den Parteien nicht bestritten. Zudem wird die vorerwähnte entgegenstehende Beurteilung von Dr. med. H.\_\_\_\_ kaum begründet und vermag den Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens nicht zu vermindern. Somit kann auf das rheumatologische Teilgutachten der D.\_\_\_\_ abgestellt werden.

6.3.4 Im psychiatrischen Teilgutachten der D.\_\_\_\_ (IV-Nr. 120, S. 167 ff.) wurde festgehalten, im hiesigen AMDP-konform erhobenen Befund seien keine erheblichen Auffälligkeiten zu objektivieren. Insbesondere Stimmung, Antrieb und affektive Schwingungsfähigkeit imponierten nicht namhaft gestört. Eine affektive Erkrankung sei somit bei fehlenden Achsenkriterien nicht mehr ICD-10-konform zu diagnostizieren. Unter medikamentöser Behandlung sei die rezidivierende depressive Störung aktuell remittiert. Eine Angst- oder Zwangserkrankung oder Traumafolgestörung seien nicht ICD-10-konform zu diagnostizieren, da die entsprechenden Kriterien fehlten. Auch eine somatoforme Schmerzstörung liege nicht vor: Ein den Schmerzen zugrundeliegender erheblicher oder unbewältigter seelischer oder psychosozialer Konflikt sei anamnestisch nicht herauszuarbeiten. Aktuell habe kein namhaft schmerzgeplagter klinischer Eindruck bestanden. Eine ICD-10-konforme Diagnosestellung sei somit auch hier nicht möglich. Sodann berichte die Versicherte über Probleme in Kindheit- und Jugendzeit: Im Elternhaus habe es wenig Geld gegeben, der Vater sei Alkoholiker gewesen, die Zuwendung der Eltern habe sich mehr auf den jüngeren Bruder, weniger auf sie bezogen, die Mutter habe sich auch eher weniger für sie interessiert. Dennoch habe sie eine normale Kindheit verlebt, ein gutes Verhältnis zur Mutter gehabt. Die Grossmutter mütterlicherseits sei die wichtigste Bezugsperson für sie gewesen. Auch die spätere biografische Entwicklung lasse keine Brüche in der Biografie erkennen: Konflikte in der Schule habe es nicht gegeben, sie habe ein gutes Verhältnis zu Lehrern und Mitschülern gehabt, die Ausbildung habe sie erfolgreich abgeschlossen, sei über viele Jahre bei der I.\_\_\_\_ tätig gewesen. Sie habe eine Partnerschaft/Ehe geführt, aus der der heute 26-jährige Sohn hervorgegangen sei, zu dem ein sehr gutes Verhältnis bestehe, sie freue sich auch über die zwei Enkelkinder. Somit liessen sich nicht ausreichend Auffälligkeiten aufzeigen, die auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung schliessen lassen würden, es könne allenfalls von einer Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich, vermeidenden und abhängigen Zügen

ausgegangen werden. Ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit resultiere daraus nicht und habe die Versicherte auch in der Vergangenheit nicht daran gehindert, regelmässig einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen.

Sodann führte die psychiatrische Gutachterin hinsichtlich der Vorakten aus, Dr. med. J. \_\_\_ berichte über eine 1. Hospitalisation in der Klinik K. \_\_\_ vom 16. September 2013 bis 12. Februar 2014. Diagnostisch werde von einer rezidivierenden depressiven Störung (F 33.11), gegenwärtig schwere Episode bei psychosozialer Belastungssituation sowie Persönlichkeit mit abhängigen ängstlich vermeidenden Zügen (Z73.1), ausgegangen. Anamnestisch erwähnt würden drei längere tagesklinische Aufenthalte und eine bereits längere ambulante psychiatrische Behandlung. Die Versicherte selbst habe ausgeführt, dass sie seit der Trennung vom damaligen Ehemann vor 6 Jahren sehr grosse Schwierigkeiten habe, sich in ihrem Leben zurechtzufinden. Im psychiatrischen Befund werde die Versicherte im formalen Denken leicht umständlich und ideenflüchtig beschrieben, im Affekt leicht deprimiert und ratlos, jedoch schwingungsfähig, der Antrieb sei subjektiv eher gesteigert ohne sichtbare motorische Unruhe, Selbstverletzungen im Sinne von Kneifen an Unterarmen und am Dekolleté würden berichtet, Schlafstörungen, Suizidgedanken vorhanden bei Distanzierung von handlungsrelevanten Absichten. Der psychiatrische Befund passe (unter Berücksichtigung angegebener Suizidgedanken) zu einer mittelgradig depressiven Episode, die ICD-10-Kodierung entspreche dem ebenfalls. Bei angeführter Besserung könne bei Entlassung allenfalls von einer leichtgradigen depressiven Episode ausgegangen werden. Des Weiteren sei vom 30. Januar bis 2. April 2015 eine Hospitalisation in der psychosomatischen Medizin Klinik L. \_\_\_ erfolgt. Dr. M. \_\_\_ habe die Diagnose einer rezidivierend depressiven Störung, bei Austritt leicht bei weiterhin komplexer psychosozialer Belastungssituation (F 33.1) und einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung mit Auftreten von Gefühlsüberflutung und dysphorisch-depressiven Stimmungseinbrüchen (F 60.3) neben somatischen Diagnosen gestellt. Der Bericht enthalte keinen AMDP-konformen psychiatrischen Befund. Die Arbeitsunfähigkeit werde für die Dauer des stationären Aufenthaltes und bis 12. April 2015 mit 100 % angegeben. Aus gutachterlicher Sicht sei die Diagnose der Persönlichkeitsstörung nicht zu begründen, die von der Versicherten angeführten Probleme in Kindheit und Jugendzeit seien bei ansonsten unauffälliger biografischer Anamnese nicht geeignet, die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit zu begründen. Eine weitere Hospitalisation in der psychosomatischen Medizin L. \_\_\_ sei vom 25. Januar bis 12. Februar 2016 erfolgt. Dr. med. N. \_\_\_ habe erneut die Diagnose einer rezidivierend depressiven Störung bei weiterhin komplexer psychosozialer Belastungssituation (F 32.1) sowie einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung mit Auftreten von Gefühlsüberflutung und dysphorisch depressiven Stimmungseinbrüchen (F 60.3) neben somatischen Diagnosen gestellt. Die antidepressive Medikation werde nicht verändert, die Arbeitsunfähigkeit von 100 % werde für die Zeit des Klinikaufenthaltes und weitere 2 Wochen attestiert. Dr. O. \_\_\_ von der Adipositasprechstunde psychosomatische Medizin Klinik L. \_\_\_ habe die psychiatrischen Diagnosen auch bei ambulanter Kontrolle im Januar 2018, im Juli 2019, im Januar und Juni 2020 neben somatischen Diagnosen angeführt. Auch im Juli 2018 werde seitens der Klinik für Orthopädie am G. \_\_\_ die Diagnose einer «Depression unter Antidepressiva» neben somatischen Diagnosen genannt. Auch in ambulanten Folgeberichten sei die Diagnose der Depression ohne entsprechende Befunde weiter gestellt worden, im Mai 2019 sei dann in der medikamentösen Therapie Vortioxetin statt Duloxetin aufgeführt worden. Einem Bericht an die IV-Stelle von Dr. med. P. \_\_\_, Psychiatrie und

Psychotherapie, von März 2022 sei eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode (F 33.0) mit/bei wiederkehrender, latenter Suizidalität, ED «2012 oder früher» sowie einer «deutlichen Persönlichkeitsakzentuierung (Z73.1), DD ebensolche Persönlichkeitsstörung, ED 2012 oder früher» als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen. Im psychiatrischen Befund würden leichte Konzentrationsstörungen, Gedankenkreisen, Einengung auf Beschwerden, diverse Ängste, vor allem im sozialen Kontext beschrieben, eine leicht gedrückte Stimmungslage, Störung der Vitalgefühle und Affektlabilität, der Antrieb habe leicht vermindert gewirkt, motorisch sei die Versicherte leicht unruhig, Drang zu selbstverletzendem Verhalten (sich blutig kratzen), aktuell keine Todessehnsucht oder Suizidgedanken, komme aber immer wieder vor. Als Medikation seien Venlafaxin 150 mg neben Trazodon 100 mg und Zolpidem angegeben worden. Gemäss Dr. med. P.\_\_\_\_ sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund der Persönlichkeitsakzentuierung, der rezidivierenden Depression mit Schwierigkeiten im Antrieb und in der Emotionsregulation sowie den chronischen Schmerzen dauerhaft zu «etwa 70 %» eingeschränkt. Die bisherige oder eine angepasste Tätigkeit sei 4 x 3 h/Woche zumutbar. Aus gutachterlicher Sicht sei die getroffene Einschätzung jedoch nicht plausibel: Eine Persönlichkeitsakzentuierung sei gemäss ICD-10 den Z-Diagnosen zuzuordnen und begründe keine Arbeitsunfähigkeit, da es sich um eine Beschreibung von Persönlichkeitseigenheiten unterhalb des Niveaus einer Persönlichkeitsstörung handle. Auch eine leichtgradige depressive Episode könne keine dauerhaften Einschränkungen begründen. Mit Ausnahme einer zwischenzeitlichen Änderung der antidepressiven Medikation sei keine Intensivierung der Behandlung über die letzten Jahre dokumentiert. Psychiatrische Gespräche fänden «ca. alle 4 Wochen» statt, also nicht in engmaschigem Abstand, psychosomatische Hospitalisationen dienten der Vorbereitung und Nachsorge eines bariatrischen Eingriffs, die erste (und einzige) psychiatrische Hospitalisation sei in der Klinik K.\_\_\_\_ von September 2013 bis Februar 2014 erfolgt. Dem Bericht des behandelnden Psychiaters liessen sich keine Befunde entnehmen, die erhebliche Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit plausibel begründen könnten. Eine erhebliche, psychiatrisch begründete Funktions- oder Fähigkeitsstörung sei nicht zuerkennen. Die Versicherte sei selbstversorgend, pflege soziale Kontakte, eine gute Beziehung zum Sohn und zu den Enkeln und sei in der Lage eine Reise zu unternehmen.

Zum Beweiswert der vorstehenden gutachterlichen Ausführungen zur Befunderhebung und Diagnosestellung ist festzuhalten, dass sich die Gutachterin in ihrem Gutachten eingehend mit den Vorakten beschäftigt hat. Zudem verneinte die Gutachterin das Vorliegen der Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, einer somatoformen Schmerzstörung und einer Persönlichkeitsstörung in nachvollziehbarer Weise. Bezüglich der somatoformen Schmerzstörung kam die Gutachterin plausibel zum Schluss, dass das Eingangskriterium bei der Beschwerdeführerin nicht vorliege. Sodann entspricht die Verneinung einer Persönlichkeitsstörung der Beurteilung des behandelnden Psychiaters Dr. med. P.\_\_\_\_, zumal dieser in seiner Stellungnahme vom 23. März 2023 (IV-Nr. 123, S. 2) festhielt, er stimme diesbezüglich der D.\_\_\_\_-Gutachterin zu. Gestützt auf die Befunderhebung vermag sodann auch die gutachterliche Beurteilung zu überzeugen, wonach die rezidivierende depressive Störung unter medikamentöser Behandlung aktuell remittiert sei. Des Weiteren verneinte die Gutachterin das Vorliegen einer Angst- oder Zwangserkrankung oder Traumafolgestörung damit, diese seien nicht ICD-10-konform zu diagnostizieren, da die entsprechenden Kriterien fehlten. Im Lichte dessen, dass auch die behandelnden Ärzte keine Angst- oder Zwangserkrankung oder Traumafolgestörung diagnostiziert haben, kann

auf die diesbezüglichen gutachterlichen Ausführungen abgestellt werden.

Sodann ist auf die Rügen der Beschwerdeführerin einzugehen. Sie bringt unter anderem vor, die Zeitangabe im psychiatrischen Gutachten sei nicht korrekt. Gemäss Tonaufnahmen habe die Exploration gerade mal 51 Minuten gedauert. Im Gutachten werde aber eine Dauer von 12.00 Uhr bis 13.30 Uhr angegeben. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass sich diese Divergenz gestützt auf die Akten tatsächlich nicht erklären lässt. Die inhaltliche Relevanz dieser Abweichung ist aber gering, da aufgrund der Tonaufnahmen klar ist, wie lange die Exploration tatsächlich gedauert hat und wie sie verlaufen ist. Man kann aufgrund dieser Divergenz höchstens von gewissen Anzeichen für mangelnde Sorgfalt der Gutachterin sprechen, welche aber als geringgradig anzusehen sind, weshalb dies keine Auswirkung auf den Beweiswert des Gutachtens hat. Des Weiteren bringt die Beschwerdeführerin vor, es seien entgegen den Angaben im Gutachtensbericht keine Subtraktionstests durchgeführt worden. Wie diesbezüglich auf den Tonaufnahmen hörbar ist, wollte die Gutachterin diese zuerst durchführen. Jedoch wies die Beschwerdeführerin daraufhin, dass dieser Test schon vom Neurologen durchgeführt worden sei, weshalb die Gutachterin der Beschwerdeführerin stattdessen die Aufgabe stellte, die Monatsnamen im Jahr rückwärts, mit Dezember beginnend, zu nennen. Dass die Gutachterin im Gutachtensbericht gleichwohl aufführte, es ein Subtraktionstest durchgeführt worden, ist als unsorgfältig zu bezeichnen. Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen vermag dies aber ebenfalls nicht hervorzurufen. Schliesslich rügt sowohl die Beschwerdeführerin als auch der behandelnde Psychiater, Dr. med. P.\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin sei nicht zum Thema Lebensüberdruß und Suizidalität befragt worden. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass die Gutachterin in ihrem Gutachtensbericht festhielt, es bestünden keine Anhaltspunkte für Suizidgedanken. Dass die Gutachterin die Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang nicht direkt nach allfälligen Suizidgedanken fragte, stellt nicht per se einen Mangel dar. So ist es einer psychiatrischen Fachärztin durchaus zuzutrauen, die Frage nach entsprechenden Anhaltspunkten aufgrund ihrer Feststellung, die ohne direkte Frage gemacht wurde, zu beantworten.

Gestützt auf die vorgehenden Ausführungen ist im Resultat festzuhalten, dass am psychiatrischen Teilgutachten der D.\_\_\_\_ keine geringen Zweifel bestehen, weshalb darauf abgestellt werden kann.

6.3.5 Schliesslich ist auf die Rüge der Beschwerdeführerin bezüglich des im Gutachten aus interdisziplinärer Sicht erstellten Zumutbarkeitsprofils einzugehen. Die Beschwerdeführerin rügt in diesem Zusammenhang, sie sei vor Eintritt der gesundheitlichen Probleme zuletzt als Charcuterieverkäuferin tätig gewesen. Hierbei handle es sich um eine rein stehende Tätigkeit. Wenn die Gutachter also zum Schluss gelangten, dass der Beschwerdeführerin diese Tätigkeit noch in einem 100%-Pensum zumutbar sei, sei dies offensichtlich unrichtig. So sei die Beschwerdeführerin gemäss dem gutachterlich statuierten Zumutbarkeitsprofil auf eine körperlich leichte, wechselbelastende oder überwiegend sitzend ausgeübte Tätigkeit angewiesen. Dem ist entgegenzuhalten, dass die Beschwerdeführerin in ihrer bis 2011 zuletzt bei der I.\_\_\_\_ ausgeübten Tätigkeit als Kassiererin angestellt war (vgl. IV-Nr. 9.2). Dies geht denn auch aus dem Bericht des behandelnden Arztes, Dr. med. H.\_\_\_\_, E.\_\_\_\_, vom

Februar 2022 (IV-Nr. 102) hervor. Dieser hielt auf die Frage der Beschwerdegegnerin, welche Anforderungen die bisherige Tätigkeit an die Beschwerdeführerin stelle, Folgendes fest: «Bezogen auf die letzte Tätigkeit als KassiererIn im Sitzen mit Körperrotation, wechselbelastend repetitiv, teilweise». Dies entspricht im Wesentlichen dem vorgenannten somatischen Zumutbarkeitsprofil aus der interdisziplinären Gesamtbeurteilung des D.\_\_\_\_-Gutachtens. Das gutachterlich statuierte Zumutbarkeitsprofil ist demnach nicht zu beanstanden.

7. Da die Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Tätigkeit somit uneingeschränkt arbeitsfähig ist, muss eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen im Vergleich zur letzten Rentenverfügung vom 26. Februar 2013 verneint werden. Demnach besteht kein Leistungsanspruch und die Beschwerde ist abzuweisen.

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

8.1 Der Beschwerdeführerin wurde die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwältin Claudia Trösch, [...], als unentgeltliche Rechtsbeiständin bestellt (s. E. I. 5. hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Im Lichte des zu beurteilenden Sachverhalts sowie der Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung auf CHF 2'151.85 festzusetzen (10.17 Std. x CHF 190.00 zuzügl. Auslagen von CHF 58.30 und MwSt.), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsbeiständin im Umfang von CHF 659.60 (Differenz zum vollen Honorar [10.17 Stunden zu CHF 250.00 (für den ab 1. Januar 2023 angefallenen Aufwand gemäss Entscheid der Gerichtsverwaltungskommission vom 19. Dezember 2022) + Auslagen + MwSt. = CHF 2'811.45; ■ 2'151.85 CHF ]), wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Der Nachzahlungsanspruch wird praxisgemäss basierend auf einem Stundenansatz von CHF 250.00 festgesetzt, wenn wie vorliegend keine Honorarvereinbarung mit der Klientin vorgelegt wird, in der ein höherer Ansatz vereinbart worden ist. Andernfalls wäre das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin, die sich zur Höhe des Stundenansatzes nicht äussern konnte, verletzt.

Der Unterschied zur eingereichten Kostennote vom 18. Juni 2024 resultiert unter anderem daraus, dass die Einreichung der Kostennote sowie die Orientierungskopien an die Klientin und die IV-Stelle Kanzleiaufwand darstellen, der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Des Weiteren wird für den nachprozessualen Aufwand bei Unterliegen praxisgemäss eine Stunde berücksichtigt.

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 an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn

