

SO_GERICHTE VSBES.2024.97 vom 27. März 2026

SO Obergericht, 2026-03-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2024.97

FR: SO_GERICHTE VSBES.2024.97 du 27 mars 2026

IT: SO_GERICHTE VSBES.2024.97 del 27 marzo 2026

Erwägungen

E. 4

4.1 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).

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

5. Strittig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente mit Verfügung vom 27. März 2024 zurecht verneint hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren ■ 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 vom

E. 5

November 2019, welche auf einer umfassenden Prüfung des medizinischen Sachverhalts basierte, bestanden hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_413/2009 vom 11. September 2009 E. 4), mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 27. 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).

6. Die Grundlage des angefochtenen Entscheids bildet in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das interdisziplinäre Gutachten der C.____ vom 5. Juli 2023 (IV-Nr. 141.1), weshalb nachfolgend dessen Beweiswert zu prüfen ist.

6.1 Im allgemeininternistischen Teilgutachten (IV-Nr. 141.1, S. 22 ff.) wurden folgenden Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

■Keine

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

■ Morbide Adipositas (ICD-10 E66.2)

■ Leberenzymhöhung unklarer Ätiologie (ICD-10 K76.9)

Zur Herleitung der Diagnosen hielt der Gutachter überzeugend fest, dass aus allgemeininternistischer Sicht die Adipositas im Vordergrund stehe. Anlässlich der Untersuchung habe ein BMI von 31.6 kg/m² bestanden. Dies lässt sich anhand der von ihm erhobenen Untersuchungsbefunde (Gewicht: 73 kg, Grösse: 152 cm) nachvollziehen. In diesem Zusammenhang stellte der Gutachter zutreffend fest, dass die Beschwerdeführerin nach mehreren Magenoperationen an Gewicht abgenommen habe. Sie habe an einem Dumping-Syndrom gelitten, das mit den Operationen in den letzten Jahren habe gebessert werden können. Angesichts der gutachterlich erhobenen Befunde (Thorax, Herz und Lunge unauffällig, Blutdruck 110/80, normaler Pulsstatus, keine Druckdolenz, Gebiss vollständig, Schilddrüse nicht vergrössert, Haut unauffällig, Lasègue beidseits negativ, Zehen-Hackengang möglich, Diadochokinese normal) überzeugt auch die Feststellung im allgemeininternistischen Teilgutachten, wonach die übrigen klinischen Befunde unauffällig gewesen seien. Zwar bestehe seit Jahren eine Leberwerthöhung, deren Ursache nicht klar sei. Klinisch habe dies aber keine Auswirkungen. Auch diese Beurteilung leuchtet ein. So wurde bereits in einem Austrittsbericht vom 8. August 2016 (IV-Nr. 57) das Medikament Trittico als Ursache für den erhöhten Leberwert diskutiert. Des Weiteren ist nicht zu beanstanden, dass der allgemeininternistische Gutachter im Rahmen der Befunderhebung mitunter auf das neurologische Teilgutachten verwies (IV-Nr. 141.1, S. 24). Auch trifft zu, dass bei der letzten Begutachtung (2017) aus allgemeininternistischer Sicht ebenfalls keine Diagnosen mit Einschränkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden seien (vgl. IV-Nr. 72 S. 10). Nach Gesagtem überzeugt die Schlussfolgerung, wonach aus allgemeininternistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. So seien die von der Beschwerdeführerin geschilderten Einschränkungen im Alltag nicht durch ein allgemeininternistisches Leiden verursacht. Dementsprechend erhebt die Beschwerdeführerin denn auch keine diesbezüglichen Rügen. Auch den übrigen medizinischen Akten ist nichts zu entnehmen, was die Beweiskraft dieses Teilgutachtens zu schmälern vermöchte. Nach Gesagtem kann auf das allgemeininternistische Teilgutachten abgestellt werden.

6.2 Im orthopädischen Teilgutachten (IV-Nr. 141.1, S. 39 ff.) stellte der Gutachter die folgenden Diagnosen:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

■ Chronische Beschwerden am linken Fuss (ICD-10 M79.67/Z98.8)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

■ St.n. mehreren Eingriffen am rechten Fuss (ICD-10 Z98.8)

Zur Beurteilung hielt der Gutachter fest, auf orthopädischer Ebene seien folgende Befunde objektivierbar: Es bestehe ein angedeutetes linksseitiges Hinken, und die Gangarten könnten gut vorgeführt werden. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule zeige sich die Inklination thorakolumbal etwas vermindert und ansonsten eine freie Auslenkung sämtlicher Abschnitte. Auch an den oberen und unteren Extremitäten bestehe eine freie Beweglichkeit mit Ausnahme der oberen Sprunggelenke. Die gesamte ausführliche Untersuchung im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen könne bei guter Kooperation

problemlos durchgeführt werden. An den operierten Fersen fehlten jegliche Druckdolenzen oder Schmerzangaben bei der funktionellen Prüfung, wogegen diese immer wieder in etwas wechselhafter Weise im unteren Rücken- beziehungsweise dorsalen Beckenabschnitt der rechten Seite bezeichnet würden. Gemäss Aktenlage seien eine linksseitige Tendinose der Achillessehne sowie eine Haglund-Exostose dokumentiert worden, welche zwischenzeitlich chirurgisch saniert worden seien. In Anbetracht des klinisch objektiv ansonsten weitgehend blanden Befundes werde auf die Anfertigung neuer Bilddokumente verzichtet.

Zusammenfassend könne festgestellt werden, dass sich die etwas diffus beklagten linksseitigen Fussbeschwerden am ehesten im Sinne einer Spreizfussdeformität erklären liessen. Es sei dabei zu betonen, dass die Explorandin jeglichen Leidensdruck im operierten Bereich klar verneine und hier unauffällige Verhältnisse vorlägen. Die im unteren Rücken- beziehungsweise dorsalen Beckenabschnitt der rechten Seite beklagten Beschwerden dürften am ehesten auf eine deutliche Fehllhaltung im Sinne eines Hohl-Rundrückens zurückzuführen sein. Gestützt auf diese nachvollziehbaren Ausführungen vermag sodann auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht sowie des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Demnach bestehe zwar für die in der Reinigung ausgeübte Tätigkeit ebenso wie für andere überwiegend stehende und gehende Verrichtungen bis auf weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte, überwiegend sitzende Tätigkeiten unter Wechselbelastung liege jedoch eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor. Das wiederholte Überwinden von Treppen und unebenem Grund, die Einnahme kniender und kauender Positionen sowie das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sollten dabei vermieden werden. Seit dem C.____-Gutachten vom 13. November 2017 habe in der bisherigen Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden, doch sei angesichts des subjektiv und objektiv günstigen weiteren Verlaufes nach wiederholtem Eingriff an der rechten Ferse von einer diesbezüglich uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen. Ab wann aufgrund der linksseitigen Fersenbeschwerden eine Arbeitsfähigkeit gegeben gewesen sei, sei unklar. Mit Sicherheit sei diese spätestens seit der am 29. November 2022 erfolgten Operation gegeben. Bei weiterhin günstigem Verlauf sei davon auszugehen, dass spätestens ein Jahr postoperativ wieder eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehen werde. In einer ideal angepassten Tätigkeit habe auch in der Vergangenheit keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung bestanden; spätestens ab dem 22. März 2016 sei für diese eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit gegeben gewesen (siehe hierzu das C.____-Gutachten vom 13. November 2017 beziehungsweise das dort zitierte Schreiben der Orthopädie des H.____gleichen Datums). Nach dem am 29. November 2022 am linken Fuss durchgeführten Eingriff sei wiederum eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten gegeben gewesen, wogegen spätestens ab dem Zeitpunkt der heutigen Untersuchung erneut von einer zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen sei.

Auf das beweiswertige orthopädische Teilgutachten kann somit abgestellt werden, zumal dies von der Beschwerdeführerin nicht bestritten wird.

6.3 Im neurologischen Teilgutachten (IV-Nr. 141.1, S. 48 ff.) wurde keine Diagnose gestellt, was gestützt auf die vom neurologischen Gutachter erhobenen Befunde nachvollziehbar erscheint. Weiter werden im Gutachten die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet: Im neurologischen Bereich falle lediglich ein fehlendes

Mitschwingen des rechten Armes beim Gehen auf. Es fänden sich jedoch keine anderweitigen extrapyramidalen Symptome, so dass dieser Befund alleine unspezifisch sei. Insbesondere könne die Diagnose eines Parkinson-Syndroms nicht gestellt werden. Differenzialdiagnostisch komme auch ein Zustand nach einem Schlaganfall in Frage. Diesbezüglich sei die persönliche Anamnese jedoch unauffällig. In diagnostischer Hinsicht wäre eine MRI-Bildgebung des Kopfes von Interesse. Des Weiteren fänden sich anamnestisch Hinweise auf eine Schlafapnoe, die bisher jedoch nicht abgeklärt worden sei. Das Ergebnis dieser Untersuchungen (MRI, Polygraphie) habe jedoch keinen direkten Einfluss auf die Beurteilung der Funktionseinschränkungen gezeigt. In den letzten Jahren sei keine Behandlung einer spezifischen neurologischen Diagnose erfolgt. Die Explorandin berichte, dass sie mit Hilfe der Medikamente nun gut schlafen könne. Bei der Explorandin bestünden Einschränkungen in den alltäglichen Verrichtungen, welche jedoch nicht auf eine neurologische Diagnose zurückgeführt werden könnten. Die Funktionseinschränkungen müssten in erster Linie aus psychiatrischer und orthopädischer Sicht beurteilt werden. Zusammenfassend sei die Leistungsfähigkeit aus neurologischer Sicht demnach nicht eingeschränkt.

Auf das beweismässige neurologische Teilgutachten ist somit abzustellen. Daran vermag auch die Rüge der Beschwerdeführerin nichts zu ändern, wonach aufgrund des fehlenden Mitschwingens des Armes und des Verdachts auf ein Krankheits-geschehen eine MRI-Untersuchung hätte vorgenommen werden müssen. Dem ist entgegenzuhalten, dass der neurologische Gutachter nachvollziehbar darlegte, weshalb er ein Parkinson-Syndrom oder einen allfälligen Schlaganfall nicht diagnostizierte. Auch wenn er diesbezüglich schrieb, eine MRI-Abklärung wäre von Interesse, vermochte er die genannten Diagnosen ohne weitere Untersuchungen auszuschliessen.

6.4

6.4.1 Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 141.1, S. 29 ff.) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Hinsichtlich der zu erhebenden Befunde führte der psychiatrische Gutachter aus, der affektive Kontakt mit der Beschwerdeführerin sei gut herstellbar gewesen. Die Stimmung sei depressiv mit verminderter Freude und einem gewissen Interessensverlust gewesen. Sie habe Schlafstörungen in der Nacht mit vor allem Durchschlafschwierigkeiten und erhöhter Ermüdbarkeit am Tag angegeben. Der Selbstwert sei herabgesetzt gewesen mit Insuffizienzgedanken. Schuldgedanken habe sie auf Nachfrage nicht direkt angegeben. Es hätten negative Zukunftsperspektiven bezüglich der gesundheitlichen und beruflichen Situation bestanden. Hinweise auf manifeste Ängste mit vegetativen Symptomen als Ausdruck der Angst und Zwänge hätten nicht bestanden. Sie sei bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen. Die Aufmerksamkeit, die Auffassung und das Gedächtnis seien nicht gestört gewesen. Das Denken sei formal geordnet gewesen. Inhaltlich habe sie im Denken gleich zu Beginn und spontan Stimmenhören angegeben, habe diese aber klar im Kopf lokalisiert und nicht draussen im Raum. Hinweise auf eigentliche Halluzinationen, Wahnideen und Ich-Störungen mit Depersonalisations- oder Derealisationserlebnissen hätten nicht bestanden. Sie habe spätes Aufstehen am Morgen, erst gegen Mittag angegeben. Sie habe Sterbewünsche und Stimmenhören angegeben, dass sie sich

umbringen solle. Hinweise auf akute Suizidalität hätten nicht bestanden. Hinweise auf fremdaggressives Verhalten hätten nicht bestanden. Weiter führte der Gutachter zur Herleitung der Diagnosen aus, bei der Explorandin seien die diagnostischen Kriterien einer leichten bis mittelgradig depressiven Episode erfüllt, gekennzeichnet durch depressive Verstimmungen mit verminderter Freude, Interessensverlust, erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, verminderten Selbstwert mit Insuffizienzgedanken und negative Zukunftsperspektiven bezüglich der gesundheitlichen und beruflichen Situation. Das von der Explorandin auch gleich zu Beginn angegebene Stimmenhören lokalisiere sich deutlich im Kopf, wie auf genaue Nachfrage erkennbar gewesen sei. Echte Halluzinationen würden aber im Raum draussen wahrgenommen. Es handle sich diagnostisch um Pseudo-Halluzinationen. Zusätzliche Symptome und Befunde, die auf eine komorbide Psychose hinweisen könnten, bestünden bei der Explorandin nicht. Zu einer psychotischen Symptomatik im Rahmen einer depressiven Episode könne es in der Regel bei einer schweren depressiven Episode kommen. Die Depression sei aber nicht schwer ausgeprägt, stehe hier aber doch im Vordergrund, auch gegenüber der von der Explorandin angegebenen Schmerzsymptomatik im Bewegungsapparat. Die Explorandin leide nicht unter diffusen, ausgeweiteten Schmerzen im Bewegungsapparat, wie dies ein deutlicher Hinweis auf eine somatoforme Störung wäre. Sie habe im Untersuchungsgespräch bis am Schluss sitzen bleiben können, sei konzentriert und aufmerksam geblieben. Im Rahmen der Depression sei aber eine Somatisierung mit subjektiv verstärkten Schmerzen möglich. Die Depression sei hier rezidivierend, auch mit erfolgten stationären Behandlungen. Die Depression habe sich auch auf dem Hintergrund einer Doppelbelastung als Hausfrau, Mutter und ausserhäuslich Erwerbstätigen, aber auch bei somatischen Problemen manifestiert, die in den Akten dokumentiert seien, so mit 2015 Magenbypass, 2022 Neuanlage des Magenbypasses, 2015 Ruptur der Achillessehne rechts mit Operation, 2022 Reoperation mit Refixation. Es bestünden aber auch psychosoziale Faktoren mit einer deutlich angespannten finanziellen Situation, seitdem die Explorandin nicht mehr einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit nachgegangen sei und zum gemeinsamen Haushalt zusammen mit ihrem Ehemann finanziell nichts mehr beitrage. Der Ehemann sei mit 63 Jahren vorzeitig pensioniert. Die früher sonst normal verlaufene Sozialisation mit voller Leistungsfähigkeit spreche bei im Querschnittsbefund sonst Persönlichkeitsmerkmalen, die zur Depression passten und sonst nicht auf eine Persönlichkeitsstörung hinwiesen, gegen die Achse-2-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Die Explorandin betreibe einen gewissen Nikotinabusus. Bei deutlich erhöhten Leberenzymwerten sei das alkoholspezifische nicht pathologisch erhöht gewesen, was gegen einen chronischen Alkoholismus spreche und mit den Angaben der Explorandin, keinen übermässigen Alkoholkonsum zu betreiben, Alkohol selten zum Anstossen zu trinken, übereinstimme.

6.4.2 In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin führte der psychiatrische Gutachter aus, dass es bei der Beschwerdeführerin aufgrund der Depression bei einer Arbeit zu einer erhöhten Ermüdbarkeit komme, weshalb ein vermehrter Pausenbedarf bestehe. Die Leistungsfähigkeit sei leicht eingeschränkt. Es bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten. Von dieser Arbeitsfähigkeit könne auch seit der aktuellen Begutachtung ausgegangen werden. Im Verlauf sei die Arbeitsfähigkeit seit der letzten Begutachtung punktuell aufgehoben, oder reduziert gewesen, wegen der stationären und tagesklinischen Behandlung.

Im Folgenden ist somit zu prüfen, ob die im psychiatrischen Teilgutachten attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % im Lichte der nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung ebenfalls zu überzeugen vermag.

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

1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3)

a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

- Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

- Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2)

- Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2)

c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3)

2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4)

- gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1)

- behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich kann auf die gutachterlichen Ausführungen in E. II. 6.4.1 hiervor verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode vorliegt.

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, es bestehe eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, auch mit psychopharmakologischer Medikation. Der Medikamentenspiegel des Antidepressivums Trimipramin und des atypischen Neuroleptikums Risperidon wiesen darauf hin, dass die Explorandin die Medikamente einnehme. Risperidon könne auch als Augmentation bei Depression hilfreich sein. Die Explorandin besuche auch die Tagesklinik. Die Behandlung sei sonst adäquat. Die Explorandin habe aber im heutigen psychiatrischen Untersuchungsgespräch begründet, auch weiterhin nicht arbeitsfähig zu sein, begründe dies

vor allem mit Depressionen, fehlendem Antrieb. Die Prognose sei aufgrund des chronischen Verlaufs mit deutlich ausgeprägter Krankheits- und Behinderungsüberzeugung für die Wiederaufnahme einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit ungünstig. Gestützt darauf ist somit nicht von einer Behandlungsresistenz auszugehen. Eine Eingliederungs-resistenz ist ebenso zu verneinen, nachdem lediglich eine subjektive Krankheits- und Behinderungsüberzeugung vorliegt.

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 krankheits-wertigen 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). Dem psychiatrischen Gutachten sind keine Komorbiditäten zu entnehmen, welche die psychischen Beschwerden verstärken.

Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Diesbezüglich ist dem Gutachten zu entnehmen, belastend sei die chronische gesundheitliche Problematik mit Beschwerden, die sich bis heute nicht besserten. Belastend, aber medizinisch nicht begründet, sei auch die angespannte finanzielle Situation, der Ehemann sei vorzeitig pensioniert, seine Altersrente reiche nicht aus, die erwachsenen beiden Kinder müssten finanziell helfen. Die psychosozialen Faktoren seien aber als solche krankheitsfremd, was bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt werden müsse. Die Explorandin stamme aus einem anderen Kulturkreis, sei dann in der Schweiz auch einer Doppelbelastung als Hausfrau, Mutter und ausserhäuslich Erwerbstätigen ausgesetzt, sie könne es sich nicht vorstellen, auch mit Beschwerden zu arbeiten, verhalte sich gegenüber den Beschwerden eher passiv, erwarte von den Kindern Hilfe. So erhalte sie viel Hilfe im Haushalt vom Ehemann. Sie sei aber durchaus selbständig, könne auch kleinere Einkäufe selber tätigen. Sie besuche regelmässig die Tagesklinik einmal in der Woche, sei dort gut integriert, nehme auch an den Gruppen teil. Überhaupt falle sie aus ihrem sozialen Rahmen des Familienkontexts nicht hinaus, eine stationäre Behandlung sei nie notwendig. Sonst ziehe sie sich aber in die Familie zurück, habe keine Kontakte mehr zu Kolleginnen. Wenn ihr zu viel von der Familie, vom Ehemann abgenommen werde, könne ein sekundärer Krankheitsgewinn

entstehen, was regressives Verhalten noch verstärke. Insbesondere reise die Explorandin nach wie vor in die Heimat [...] zusammen mit dem Ehemann. Menschen mit einer schweren Depression verreisen aber nicht mehr.

Aus den vorgehenden gutachterlichen Ausführungen gehen zwar gewisse Ressourcen der Beschwerdeführerin hervor, insgesamt liegen aber kaum persönliche Ressourcen vor, zumal aufgrund der von der Beschwerdeführerin genannten Tagesaktivitäten (s. IV-Nr. 114.1, S. 31 f.) tendenziell ein sozialer Rückzug zu bejahen ist. Hinzukommt, dass die vorstehenden gutachterlichen Ausführungen nicht in allen Punkten zu überzeugen vermögen. So geht aus den Tonaufnahmen (psychiatrisches Teilgutachten ca. bei 30 Minuten 25 Sekunden; orthopädisches Teilgutachten ca. bei 15 Minuten 50 Sekunden) und dem orthopädischen Teilgutachten (IV-Nr. 141.1, S. 40) hervor, dass die Beschwerdeführerin aufgrund des Todes ihrer Schwiegermutter zusammen mit ihrem Ehemann letztmals in die [...] gereist ist. Weitere Reisen sind weder aktenkundig, noch kann aus dieser, aufgrund eines familiären Todesfalls erfolgten Reise, spezifische Ressourcen der Beschwerdeführerin abgeleitet werden. Dies wird denn auch von der Beschwerdeführerin zu Recht gerügt. Des Weiteren scheint der psychiatrische Gutachter aus dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin einmal wöchentlich die psychiatrische Tagesklinik besucht, persönliche und soziale Ressourcen abzuleiten, was angesichts dessen, dass es sich hierbei um eine Therapie handelt, nur bedingt zu überzeugen vermag. Schliesslich ist auch die gutachterliche Feststellung, überhaupt falle die Beschwerdeführerin nicht aus ihrem sozialen Rahmen des Familienkontexts hinaus, eine stationäre Behandlung sei nie notwendig, nicht korrekt, nachdem mehrere stationäre psychiatrische Aufenthalte aktenkundig sind. Dies wurde denn auch im psychiatrischen Gutachten an mehreren Stellen festgehalten.

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 kann im Wesentlichen auf die im vorstehenden Abschnitt gemachten Ausführungen verwiesen werden. Gestützt darauf ist das Vorliegen einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus zu bejahen.

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 im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich führte der Gutachter aus, es bestehe eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, auch mit psychopharmakologischer Medikation. Der Medikamentenspiegel des Antidepressivums Trimipramin und des atypischen Neuroleptikums Risperidon wiesen darauf hin, dass die Explorandin die Medikamente einnehme. Risperidon könne auch als Augmentation bei Depression hilfreich sein. Die Explorandin besuche auch die Tagesklinik. Die Behandlung sei sonst adäquat. Im Lichte der vorstehenden Ausführungen ist somit von einem ausgewiesenen Leidensdruck auszugehen.

6.4.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten grundsätzlich genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Jedoch vermag die

gutachterliche Einschätzung einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % angesichts der vorgehenden Indikatorenprüfung in dieser geringen Höhe nur bedingt zu überzeugen. Zwar hat der Gutachter auf verschiedene psychosoziale Faktoren hingewiesen, welche er bei der Einschätzung der invaliditätsrelevanten Arbeitsfähigkeit zu Recht nicht berücksichtigt hat. Dennoch erscheint die Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit von lediglich 20 % angesichts der bei der Indikatorenprüfung festgestellten geringen Ressourcen, der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus sowie des ausgewiesener Leidensdrucks nur bedingt nachvollziehbar, zumal der Gutachter bei der Ressourcenprüfung ■ wie vorgehend festgehalten ■ teilweise wenig nachvollziehbare Schlussfolgerungen gezogen hat.

Hinzukommt, dass es gestützt auf die Tonaufnahmen der psychiatrischen Begutachtung ■ wie von der Beschwerdeführerin zu Recht gerügt ■ zahlreiche Anhaltspunkte dafür gibt, dass die sprachlichen Verständigungsmöglichkeiten der Beschwerdeführerin für eine psychiatrische Begutachtung ohne Beizug einer Dolmetscherperson nicht hinreichend waren. Dies zeigt sich auch im direkten Vergleich mit den Tonaufnahmen der orthopädischen Begutachtung. Dort waren die Fragen des Gutachters vergleichsweise einfach strukturiert und die Beschwerdeführerin war denn auch in der Lage, diese im Wesentlichen zu verstehen und zu beantworten. Bei den anlässlich der psychiatrischen Begutachtung erfragten, teilweise komplexeren Lebenssachverhalten, kam es dagegen mehrmals vor, dass die Beschwerdeführerin die Frage nicht oder nicht korrekt verstand und sie der Gutachter neu formulieren musste. Auch die Antworten der Beschwerdeführerin fielen häufig wenig ausführlich, mit einfachster Wortwahl und kaum tiefgehend strukturiert aus. Dass dies alleine auf das Bildungsniveau der Beschwerdeführerin zurückzuführen ist, wie dies von der Beschwerdegegnerin angeführt wird, kann nach dem Abhören der Tonaufnahmen nicht bestätigt werden. Vielmehr zeigt sich darin, dass die Beschwerdeführerin, trotz langjährigen Aufenthalts in der Schweiz verhältnismässig bescheidene deutsche Sprachkenntnisse erworben hat. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin weist in diesem Zusammenhang zudem zu Recht auf die einschlägige Rechtsprechung des Bundesgerichts hin, wonach im Rahmen von psychiatrischen Abklärungen der bestmöglichen Verständigung zwischen Gutachter und versicherter Person besonderes Gewicht zukomme. Dort setze eine gute Exploration auf beiden Seiten vertiefte Sprachkenntnisse voraus. Sei der Gutachter der Sprache der versicherten Person nicht mächtig, erscheine es medizinisch und sachlich geboten, dass er eine Übersetzungshilfe beiziehe (Urteile des Bundesgerichts 8C_578/2014 vom 17. Oktober 2014 E. 4.2.5; 9C_509/2010 vom 4. Februar 2011 E. 4.1.1; I 748/03 vom 3. März 2004 E. 2.1). Eine solche Übersetzungshilfe mittels Dolmetscherperson wäre auch im vorliegenden Fall geboten gewesen, zumal im Austrittsbericht der I.____ vom 12. März 2020 ausdrücklich darauf hingewiesen wurde, dass aufgrund der Sprachbarriere die Abstraktionsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht geprüft worden sei (IV-Nr. 122, S. 26).

6.5 Zusammenfassend kann somit nicht auf psychiatrische Teilgutachten der B.____ abgestellt werden, weshalb das Versicherungsgericht nicht umhinkam, ein psychiatrisches Gerichtsgutachten zu veranlassen. Auf die übrigen beweiswertigen Teilgutachten der B.____ in den Fachbereichen Neurologie, Orthopädie und Allgemeine Innere Medizin kann dagegen abgestellt werden, weshalb sich diesbezüglich weitere Abklärungen erübrigen. Ebenfalls keine weiteren Abklärungen bedarf es in den Fachbereichen der Gastroenterologie und Viszeralchirurgie. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hinweist, beklagte die Beschwerdeführerin nach mehreren Magenoperationen bei der

allgemeininternistischen Untersuchung keine diesbezüglichen Beschwerden und auch aus den Akten ergeben sich keine ausreichenden Anhaltspunkte, welche die Notwendigkeit einer gastroenterologischen und viszeralchirurgischen Abklärung zu begründen vermöchten. Aus den erst im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten Operationsberichten vom 13. September 2024 und 20. Januar 2025 kann diesbezüglich nichts Weiterführendes abgeleitet werden, zumal der Sachverhalt grundsätzlich nur bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 27. März 2024 zu beurteilen ist. Insofern die Beschwerdeführerin im Weiteren geltend macht, es sei zusätzlich eine neuropsychologische Begutachtung notwendig, kann auf die treffenden Ausführungen des RAD-Arztes, Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 13. Januar 2024 (A.S. 8 ff.) verwiesen werden. Demnach gibt es für eine zusätzliche neuropsychologische Abklärung keine medizinische Indikation. Es bestehen anamnestisch keine Hinweise auf relevante neuropsychologische Funktionseinschränkungen. Somit sind die vorgenannten Beweisanträge der Beschwerdeführerin abzuweisen.

7. Aufgrund der genannten Unklarheiten wurde von Seiten des Versicherungsgerichts bei Dr. med. D.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, [...], ein Gerichtsgutachten veranlasst. Das Gutachten vom

E. 8

September 2025 (A.S. 77 ff.) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von einem unabhängigen Facharzt, welcher die Beschwerdeführerin eingehend untersucht und die Vorakten studiert hat. Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt:

7.1 Im Gutachten werden folgende Diagnosen gestellt:

Sodann begründet der Gutachter die von ihm gestellten Diagnosen in nachvollziehbarer Weise und setzt sich eingehend mit den in den Vorakten gestellten Diagnosen auseinander: Zur Befunderhebung führt der Gutachter aus, die Explorandin sei bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen. Sie habe gewusst, weswegen die Untersuchung durchgeführt worden sei. Sie habe mit klarer, gut verständlicher und modulierter Stimme gesprochen. Es hätten sich keine Hinweise auf eine Auffassungsstörung gefunden, sie habe durchwegs konzentriert gewirkt, es zeigten sich keine Hinweise auf Gedächtnisstörungen. Die Explorandin habe genaue Angaben zur Anamnese und vergangenen Situationen machen können. Die Antworten seien rasch gekommen. Er habe manchmal nachfragen müssen, da die Explorandin teilweise den Sinn der Frage nicht richtig verstanden habe, auch wenn in die [...] Sprache übersetzt worden sei. Sie habe dadurch einen sehr einfach strukturierten und wenig differenzierten Eindruck hinterlassen, sei aber darum bemüht gewesen, detailliert Auskunft zu geben. Es hätten sich keine Hinweise auf formale Denkstörung gefunden, keine Verlangsamung, keine Umständlichkeit. Sie habe sich über teilweises Grübeln beklagt. Es hätten keine Hinweise auf Misstrauen, Hypochondrie, Phobien oder Zwänge gefunden werden können. Die Explorandin habe von teilweise auftretenden Halluzinationen im Sinne von Stimmenhören berichtet und auch dem Gefühl, eine Gestalt zu sehen, vor allem wenn sie gestresst sei und wenn sie allein sei, meistens morgens. Es sei ihr dabei klar, dass niemand anwesend sei. Hinweise auf Wahn hätten nicht gefunden werden können, keine Körperhalluzinationen und keine Geruchs- und Geschmackshalluzinationen. Es hätten sich keine Hinweise auf Ich-Störungen gefunden, der Affekt sei euthym, freundlich gewesen, wenn auch etwas besorgt wirkend. Vor allem zu

Beginn der Untersuchung habe die Explorandin gelächelt. Sie habe sich allerdings affektiv gebremst gefühlt, empfinde keine Freude, habe sich über eine Störung der Vitalgefühle beklagt und gemeint, dass sie Depressionen habe, habe diese allerdings nicht näher beschreiben können und habe auf das Stimmenhören und die Angstgefühle verwiesen, die immer wieder aufträten. Sie verspüre teilweise eine innere Unruhe, werde auch manchmal etwas nervös, doch nicht übermässig gereizt, keine affektiven Durchbrüche. Es zeigten sich Hinweise auf leichte Insuffizienzgefühle, sie habe angegeben, manchmal unter Suizidgedanken zu leiden, auch schon Suizidimpulse verspürt zu haben, die seit einiger Zeit nicht mehr vorhanden seien. Während des Gespräches habe die Explorandin problemlos Blickkontakt aufgenommen, sie habe eine adäquate Gestik und Mimik eingesetzt, es habe auch eine gute affektive Kontaktaufnahme bestanden. Zirkadiane Besonderheiten hätten nicht eruiert werden können, sie fühle sich ganztags ähnlich. In der Untersuchung finde sich eine kooperative, wache und präsenste Explorandin, die allenfalls besorgt wirke, doch nicht eigentlich depressiv verstimmt sei, kognitiv unauffällig, eher einfach strukturiert, könne gut affektiven Kontakt aufnehmen und ihre Angaben mit adäquater Gestik und Mimik unterstreichen, sie wirke in keiner Weise verlangsamt. Sie beschreibe einen sehr passiven Tagesablauf, besuche einmal wöchentlich die Tagesklinik, was sie als sehr wohltuend empfinde, weil sie sich dort aktivieren und Kontakte zu anderen Menschen pflegen könne, auch Gespräche führe. Sie gehe ansonsten keinen wesentlichen Interessen nach, verhalte sich passiv nach ihren Angaben, liege meistens, helfe allenfalls dem Ehemann teilweise im Haushalt und beim Kochen mit. Es seien demnach wenig individuelle Ressourcen erkennbar, doch bestehe ein guter familiärer Rückhalt und auch in der Tagesklinik fühle sie sich wohl und aufgehoben.

Es lägen psychiatrische Unterlagen seit November 2014 vor, wo von den K. ___ primär von einer mittelgradig depressiven Episode ausgegangen worden sei, dann auch ein schädlicher Gebrauch von Sedativa und Hypnotika mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit angegeben werde, was nicht nachvollziehbar erscheine, da die Auswirkung der Medikamente nicht beschrieben werde. Es werde auch beschrieben, dass die Explorandin von gegebener Struktur deutlich profitiert habe, während sie sich zuhause eher depressiv gefühlt habe. In der Folge werde an der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung festgehalten, wobei nicht klar sei, wie diese begründet worden sei, da keine klaren Hinweise zu finden seien, dass die Explorandin in der Vergangenheit bereits depressive Episoden erlitten habe, die remittiert seien. Auch werde in der Folge in den psychiatrischen Berichten ein St. n. Sehnenriss-Operation mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt, obwohl aus psychiatrischer Sicht eine allfällige Beeinträchtigung oder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nach einer Operation nicht beurteilt werden könne. Ab 2016 sei dann eine schwere depressive Episode erwähnt und auf Stimmenhören hingewiesen worden, die als psychotische Symptome eingestuft worden seien, allerdings sei der damalige Bericht derart knapp gehalten, dass er nicht aussagekräftig sei. Die Explorandin bestreite auch heute, dass sie vor der Behandlung im Ambulatorium in einer anderen psychiatrischen Behandlung gestanden sei, wie dies in einem Zuweisungsschreiben vom 29. April 2016 angegeben werde. Weiter liege ein Austrittsbericht der I. ___ vom August 2016 vor, wo über die siebte Hospitalisation berichtet werde. Die Explorandin gebe allerdings an, dass sie höchstens vier- oder fünfmal in dieser Klinik hospitalisiert gewesen sei, zuletzt 2022. Es werde eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen aufgeführt, diese psychotischen Symptome würden allerdings nicht näher beschrieben, sondern auf akustische und optische Halluzinationen unklarer Ätiologie hingewiesen, was nicht ausreiche, um eine psychotische

Störung anzunehmen. Auch werde auf das Zuweisungsschreiben hingewiesen, wo eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp beschrieben werden solle, was den Unterlagen ebenfalls nicht entnommen werden könne. Im Folgebericht der K.____ im Oktober 2016 werde dann eine rezidivierende depressive Störung mit psychotischen Symptomen sowie Hinweise auf akustische und optische Halluzinationen angegeben. Die Diagnosen seien nicht detailliert begründet worden, insbesondere werde die psychotische Symptomatik nicht beschrieben. Der Bericht sei zudem knapp gehalten. Unklar sei, wieso ein St. n. schädlichem Gebrauch von Sedativa und Hypnotika unter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt werde, da ja dadurch kein Einfluss mehr angenommen werden könne. Es liege dann ein interdisziplinäres Gutachten des C.____ GmbH vom

E. 13

November 2017 vor, wo lediglich von einer leicht bis mittelgradig depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen werde und die akustischen Halluzinationen als Pseudohalluzinationen interpretiert würden. Es sei eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der depressiven Störung postuliert worden. Trotz der Stellungnahme durch den Hausarzt und die K.____ sei dann der Anspruch auf eine Invalidenrente und berufliche Massnahmen von der IV abgelehnt worden. Im Januar 2020 sei eine erneute stationäre Behandlung erfolgt, wo wiederum durch die I.____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen aufgeführt worden sei. Die psychotischen Symptome würden nicht detailliert beschrieben, es werde auf akustische und optische Halluzinationen hingewiesen, was nicht ausreiche, um eine psychotische Symptomatik anzunehmen. Es werde auf Suizidgedanken hingewiesen. Auch scheine die Explorandin damals die Medikation nur unregelmässig eingenommen zu haben. Es werde zudem über einen Ganzkörperschmerz berichtet, welcher heute von der Explorandin allerdings verneint werde. Unklar sei der Verlauf während dieser Hospitalisation und inwieweit die psychische Symptomatik hätte beeinflusst werden können. Der Bericht sei daher nur wenig aussagekräftig. Dem Arztbericht der K.____ vom März 2022 könnten die gleichbleibenden Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, mit Suizidgedanken und akustischen Halluzinationen sowie akzentuierte Persönlichkeitsstörung vom emotional instabilen Borderlinetyp F73.1 sowie ein St. n. Sehnenrissoperation 2015 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden. Die angegebene akzentuierte Persönlichkeitsstörung vom emotional instabilen Borderlinetyp müsste eigentlich unter Z73.1 kodiert werden, zudem handle es sich um eine widersprüchliche Diagnose, denn entweder sei eine akzentuierte Persönlichkeit oder eine Persönlichkeitsstörung anzunehmen, was ein grundlegender Unterschied sei. Es werde zudem auch in keiner Weise begründet, wie sich diese angegebenen Persönlichkeitszüge manifestierten und welche Auswirkungen beständen. Auch werde erwähnt, dass sich die Situation bezüglich Eingliederung seit Oktober 2016 nicht verändert habe. Der Bericht sei sehr knapp gehalten, wodurch die Aussagekraft gering sei. Es sei sodann die interdisziplinäre Begutachtung durch die B.____ im Juli 2023 erfolgt, was nicht näher kommentiert werde, da der psychiatrische Teil als ungenügend eingestuft werde.

In der heutigen Untersuchung wirke die Explorandin nicht offensichtlich affektiv beeinträchtigt, allenfalls besorgt, wodurch die in den Unterlagen erwähnte depressive Störung heute nicht bestätigt werden könne. Sie sei in keiner Weise verlangsamt, affektiv gut moduliert, problemlos fähig, Kontakt zum Gegenüber aufzunehmen und sich an der

Untersuchung zu beteiligen, was gegen eine relevante affektive Störung spreche. Insofern sei eine grosse Inkonsistenz zu den Angaben zu entnehmen, dies sowohl zu den Angaben in den Unterlagen wie auch den subjektiven Angaben. Es sei nicht nachvollziehbar, dass sich die Explorandin zuhause derart passiv verhalte, andererseits sich wohlfühle in der Tagesklinik, wo sie auch aktivierend am Programm teilnehme, auch in Kontakt mit den MitpatientInnen trete. Diese subjektiv angegebene Einschränkung in eigener Wohnumgebung sei daher zu hinterfragen. Bereits 2014 sei dokumentiert worden, dass die Explorandin sich zu Hause anders verhalte als in der Klinik, wo die Depression nicht habe festgestellt werden können. Es könne keine Tagesschwankung ausgemacht werden aufgrund der heutigen Angaben der Explorandin. Sie gebe an, dass sie sich ganztags ähnlich fühle und kein Morgentief auftrete. Im Weiteren gebe sie einen wechselhaften Zustand an, sie fühle sich teilweise gut, dann wieder schlecht, was bei einer andauernden depressiven Störung oder depressiven Episode nicht der Fall sei. Depressive Episoden bezeichneten einen überdauernden Zustand einer gedrückten Stimmung über mehrere Wochen oder längeren Zeitraum. Sie gebe einerseits einen Interessenverlust und Freudlosigkeit an, andererseits scheine sie sich wohlzufühlen in der Tagesklinik, wo sie sich verschiedentlich aktiviere und am Programm teilnehme, sie freue sich auch, wenn die Kinder und Grosskinder sie besuchten, auch wenn diese Besuche teilweise belastend seien, wenn die Kinder zu lebhaft seien. Sie beschreibe eine Verminderung des Antriebes mit erhöhter Ermüdbarkeit, sei andererseits gut in der Lage, sich in der Tagesklinik zu beschäftigen. Es könne keine kognitive Beeinträchtigung festgestellt werden. Das Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sei beeinträchtigt, doch fänden sich keine schwergradige Schuldgefühle oder Gefühle von Wertlosigkeit, keine ausgesprochene negativistische oder pessimistische Haltung, auch wenn sie sich wiederholt frage, wie es weitergehe. Es träten nach ihren Angaben wiederholt Suizidgedanken auf. Sie beschreibe Schlafstörungen mit Durchschlafschwierigkeiten, andererseits gehe sie früh zu Bett und bleibe morgens sehr lange im Bett, tagsüber liege sie viel, wodurch diese Schlafstörung unterhalten werde und daher hinterfragt werden müsse. Sie gebe einen verminderten Appetit an, doch das Gewicht sei gleichbleibend erhöht ohne Gewichtsabnahme. Bezüglich eines somatischen Syndroms könne ein teilweiser Interessenverlust im normalen Alltag festgestellt werden, während die Beschwerdeführerin doch in der Lage sei, sich in der Tagesklinik zu beschäftigen, zu aktivieren und sich auch entsprechend freue. Es bestehe nicht eine durchwegs mangelnde Fähigkeit auf eine freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse emotional zu reagieren, kein eigentliches frühmorgendliches Erwachen, kein Morgentief, keine psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit, wie erwähnt müsse der Appetitverlust hinterfragt werden, kein Gewichtsverlust, doch gebe sie einen deutlichen Libidoverlust an, was insgesamt nicht ausreiche, um ein somatisches Syndrom anzunehmen. Die Explorandin beschreibe akustische Halluzinationen im Sinne von Stimmenhören, teilweise auch dem Gefühl, einen Schatten zu sehen. Diese Sensationen träten auf, wenn sie alleine sei, vor allem morgens und wenn sie sich gestresst fühle. Die Explorandin wisse, dass keine andere Person anwesend sei und habe auch nicht ein entsprechendes Gefühl. Es bestehe auch keine Verknennung der Realität. Es sei deshalb anzunehmen, dass es sich um Pseudohalluzinationen handle und nicht um einen psychotischen Zustand mit Verknennung der Realität, wie dies in den Unterlagen immer wieder angedeutet worden sei. Im Weiteren sei es schwierig, die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin aufgrund der zur Verfügung stehenden Angaben zu beurteilen. Rein aufgrund der Untersuchung zeigten sich keine Verhaltensauffälligkeiten, auch aufgrund der subjektiven Angaben könnten keine Hinweise

auf eine auffällige Persönlichkeitsstruktur angenommen werden. In den Unterlagen werde auf emotional instabile Züge hingewiesen, allerdings seien diese in keiner Weise beschrieben oder in nachvollziehbar Situationen aufgeführt. Es würden auch widersprüchlich akzentuierte Züge und dann eine Persönlichkeitsstörung aufgeführt, ohne dies zu begründen. Es werde auch nicht dargelegt, inwieweit die Persönlichkeit eine Rolle spiele in der gesamten Situation. Aufgrund der andauernden und teilweise wechselhaften Anamnese sei es denkbar, dass mögliche emotional instabile Züge eine Rolle spielen könnten, doch handle es sich um eine reine Vermutung aufgrund der Anamnese. Es lägen zu wenig Anhaltspunkte vor, um die Persönlichkeit dadurch näher beurteilen zu können. Sie hinterlasse allerdings einen einfach strukturierten Eindruck, was möglicherweise auch zu wechselhaften emotionalen Zuständen führen könne, da ihr das Verständnis für die Situation fehle und sie teilweise nicht adäquat reagieren könne. In der Anamnese würden wiederholt schwer depressive Zustände erwähnt, teilweise auch beschrieben, doch von der Explorandin werde angegeben, dass es sich nicht um einen Dauerzustand handle und sie auch bessere Zustände aufweise, wie heute in der Untersuchung ebenfalls festzustellen gewesen sei. Es sei anzunehmen, dass die affektiven Zustände wechseln könnten und möglicherweise mit der emotionalen Instabilität und der einfachen Persönlichkeitsstruktur zusammenhängen. So wie sich die Explorandin heute präsentiere, sei klinisch nicht von einem depressiven Zustand auszugehen, einzig aufgrund ihrer subjektiven Angaben könne eine mögliche depressive Verstimmung in Betracht gezogen werden, wobei wie erwähnt, diese stark relativiert werden müsse und offensichtlich auch von den Umgebungsfaktoren abhängen. Definitionsgemäss sei gemäss ICD-10 bei schwer depressiven Zuständen nicht davon auszugehen, dass die betroffenen Patienten in der Lage seien, soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten fortzuführen, allenfalls nur sehr begrenzt. Die Explorandin sei allerdings gut in der Lage, die Tagesklinik aufzusuchen und davon zu profitieren und sich dort zu aktivieren, auch in der Untersuchung heute zeigten sich keine Beeinträchtigungen durch eine affektive Störung, weswegen eine schwere depressive Episode, zumindest zum heutigen Zeitpunkt, ausgeschlossen sei. Es könne höchstens eine leichte depressive Episode in Betracht gezogen werden aufgrund ihrer subjektiven Angaben, wobei wie erwähnt, der klinische Befund auf keine wesentliche affektive Störung hindeute. In den Unterlagen werde teilweise auf eine Körperschmerzstörung hingewiesen, allerdings seien die Angaben sehr knapp und die Beschwerden nicht dauernd vorhanden bezüglich der Körperschmerzproblematik. Heute verneine die Explorandin, unter Körperschmerzen zu leiden, mit Ausnahme von Beschwerden nach der kürzlich stattgefundenen Bauchoperation. Es könne daher keine wesentliche oder überdauernde Schmerzproblematik angenommen werden. Denkbar sei, dass die Explorandin im Rahmen von depressiven Verstimmungen begleitend mit somatoformen Beschwerden oder Somatisierungstendenzen reagiere, wodurch keine eigenständige Diagnose gestellt werden könne. Es müsse beachtet werden, dass die Explorandin eher geringe individuelle Ressourcen aufweise. Sie spreche die hiesige Sprache nur ungenügend, sie weise auch nur eine mangelhafte Schulbildung auf und gebe an, dass sie knapp wenig lesen und schreiben könne. Rechnen sei gar nicht möglich. Die Anamnese zeige deutlich auf, dass die Explorandin mehrmals die Schulen gewechselt habe, unter anderem in der [...] und in der Schweiz in der Schule gewesen sei, teilweise auch gefehlt habe und sprachliche Schwierigkeiten in der Kindheit gehabt habe. Sie meine, dass sie eine unglückliche Jugend oder Kindheit erlebt habe. Was aufgrund der Wechselhaftigkeit der Anamnese begründet werden könne. Dies dürfte auch zur Schlussfolgerung führen, dass die Explorandin ein eher instabiles Selbst habe entwickeln

können, was wiederum die subjektive Unsicherheit und die eingeschränkte Selbstständigkeit mit Auftreten von Ängsten erkläre. Im Weiteren sei die Explorandin bis 2013 immer voll berufstätig gewesen, seither sei sie nicht mehr in der Lage, ein Einkommen beizusteuern, was zu einer Verknappung der finanziellen Lage geführt habe. Dennoch sei der Ehemann in der Lage gewesen, sich frühzeitig pensionieren zu lassen, was wiederum eine Einbusse bedeute. Die finanzielle Lage sei weiterhin eingeschränkt, was sicher zu einem gewissen Druck führe, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Trotz der eher geringen individuellen Ressourcen sei anzunehmen, dass sich die Explorandin an einfache Regeln, Routinen und Termine halten könnte. Sie sollte auch einfache Aufgaben strukturieren können. Sie habe teilweise Mühe, sich an neue Situationen zu adaptieren, wobei auch die geringe Bildung eine wesentliche Rolle spiele. Fachliche Kompetenzen weise sie wenig auf, sollte sie aber anwenden können. Sie fühle sich aktuell nicht in der Lage, eine Entscheidung und ein Urteil zu fällen, was mit der erwähnten Verunsicherung und den Ängsten erklärt werden könne. Aufgrund des heutigen Zustandes sei nicht nachvollziehbar, wieso die Durchhaltefähigkeit massiv beeinträchtigt sein sollte, allenfalls sei sie verlangsamt. Sie sollte sich auch selbst behaupten können. Sie sei in der Lage, Kontakte zu pflegen, wie das Aufsuchen der Tagesklinik und die familiären Kontakte aufzeige, wodurch keine Einschränkung in der Kontaktfähigkeit angenommen werden könne, auch nicht in der Gruppenfähigkeit, sie pflege zudem familiäre Beziehungen. Sie sollte sich auch zu Hause aktivieren können. Die angegebene Passivität in der gewohnten Umgebung sei nicht nachvollziehbar, da sie durchaus in der Lage sei, die Tagesklinik problemlos aufzusuchen und sich dort aktivieren könne. Die Selbstpflege sei erhalten. Aufgrund der erwähnten Ängste sei die Verkehrs- und Wegfähigkeit eingeschränkt und sie werde begleitet, was andererseits aber trainiert werden könne, damit sie wieder selbständig andere Orte aufsuchen könne.

7.2 Des Weiteren führte der psychiatrische Gutachter Dr. med. D.____ hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus, die Explorandin sei allenfalls als leicht vermindert belastbar und wenig flexibel einzustufen, wobei diesbezüglich auch die Bildung einen Einfluss aufweise. In somatischer Hinsicht könne aufgrund des psychischen Zustandes keine Beeinträchtigung abgeleitet werden. Es könne aufgrund des leicht schwankenden Zustandes eine verminderte Belastbarkeit, Verlangsamung und ein erhöhter Pausenbedarf angenommen werden, wobei die Explorandin in der Lage sein sollte, ganztags bei 20%iger Leistungseinschränkung die bisherige Tätigkeit als Raumpflegerin durchzuführen oder eine andere körperlich adaptierte Tätigkeit, wo ebenfalls von einer ähnlichen Leistungseinschränkung auszugehen sei. Die Arbeit müsste klar vorgegeben sein, eher gleichförmig, nicht mehrere Tätigkeiten gleichzeitig, ohne Zeitdruck und zu vorgegebenen gleichbleibenden Arbeitszeiten. Eine derartige Tätigkeit sei ganztags (im Vollpensum) mit 20%iger Leistungseinschränkung möglich.

Somit ist im Weiteren zu prüfen, ob die vom psychiatrischen Gutachter attestierte 20%ige Leistungseinschränkung im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung ebenfalls zu überzeugen vermag (s. E. II. 7.2.2 hiervor).

Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich hielt der psychiatrische Gutachter fest, die depressive Störung sei leichtgradig ausgeprägt.

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, bei der Beschwerdeführerin würden nun schon seit 2014 Therapiemassnahmen durchgeführt mit mehrfachen stationären Massnahmen. Die Explorandin gebe an, dass sich der Zustand in den letzten Jahren nicht wesentlich verändert habe und gleichbleibend sei. Es würden medikamentöse Behandlungsmassnahmen mit niedrig dosierten Neuroleptika und ein sedierendes trizyklisches Antidepressivum eingesetzt, wobei aufgrund der Erfahrungen anzunehmen sei, dass die Compliance teilweise mangelhaft sei. Die Serumkontrolle habe Werte im therapeutischen Bereich für Trimipramin und Risperidon ergeben, während Paracetamol nicht nachgewiesen werden können. Die psychiatrische Medikation scheine sie demnach in genügender Dosierung einzunehmen, während keine Schmerzmedikation eingesetzt werde. Trotz dieser Behandlungsmassnahmen habe bisher nie ein durchschlagender Erfolg erreicht werden könne, es persistiere ein wechselhafter Zustand. Es müsse von einem chronifizierten Zustand ausgegangen werden, da die Explorandin seit 2014 in dauernden ambulanten und teilweise stationären Therapiemassnahmen stehe und keine wesentliche Veränderung habe bewirkt werden könne. Gestützt auf die Ausführungen ist somit tendenziell von einer Behandlungsresistenz auszugehen. Sodann führte der Gutachter aus, die Explorandin stuft sich als voll arbeitsunfähig ein, wodurch sich berufliche Massnahmen erübrigten, auch wenn sie ihr grundsätzlich zumutbar wären. Bei fehlender Einsicht und Motivation dürften derartige Massnahmen allerdings nicht nutzbringend umgesetzt werden können. Gestützt auf diese Erwägungen ist eine Eingliederungsresistenz ■ trotz derzeit fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit ■ zu verneinen.

Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 am Ende S. 430). Diesbezüglich wurden im psychiatrischen Gutachten keine bestehenden Komorbiditäten genannt.

Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Bezüglich der persönlichen Ressourcen

fürhte der Gutachter aus, die Explorandin weise eher geringe individuelle Ressourcen auf. Sie spreche die hiesige Sprache nur ungenügend, sie weise auch nur eine mangelhafte Schulbildung auf und gebe an, dass sie knapp wenig lesen und schreiben könne. Rechnen sei gar nicht möglich. Die Anamnese zeige deutlich auf, dass die Explorandin mehrmals die Schulen gewechselt habe, unter anderem in der [...] und in der Schweiz in der Schule gewesen sei, teilweise auch gefehlt habe und sprachliche Schwierigkeiten in der Kindheit gehabt habe. Sie meine, dass sie eine unglückliche Jugend oder Kindheit erlebt habe was aufgrund der Wechselhaftigkeit der Anamnese begründet werden könne. Dies dürfte auch zur Schlussfolgerung führen, dass die Explorandin ein eher instabiles Selbst habe entwickeln können, was wiederum die subjektive Unsicherheit und die eingeschränkte Selbstständigkeit mit Auftreten von Ängsten erkläre. Dagegen bestünden aber durchaus soziale Ressourcen. Der Sohn sei verheiratet und habe zwei Kinder, ein weiteres Kind werde erwartet. Die Tochter sei auch verheiratet und habe ein Kind, sie sei schwanger. Die Beschwerdeführerin freue sich auch, wenn die Kinder und Grosskinder sie besuchten, auch wenn diese Besuche teilweise belastend seien, wenn die Kinder zu lebhaft seien. Alle ein oder zwei Jahre reise sie mit dem Ehemann zusammen in die [...] und besuche ihre Mutter. Sie flögen dann. Der letzte Aufenthalt im September 2024 sei problemlos verlaufen. Einmal wöchentlich suche sie die Tagesklinik zwischen 09.00 Uhr und 15:45 Uhr auf. Sie werde vom Ehemann dorthin gebracht. Sie fühle sich wohl dort, da die Anwesenden ähnliche Probleme hätten wie die Explorandin und sie auch die Möglichkeit habe mit den Therapeuten zu sprechen und sich zu aktivieren.

Zusammenfassend liegen demnach bei der Beschwerdeführerin zwar nur wenige persönliche aber durchaus soziale Ressourcen vor.

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Diesbezüglich ist dem Gutachten zu entnehmen, in der heutigen Untersuchung wirke die Explorandin nicht offensichtlich affektiv beeinträchtigt, allenfalls besorgt, wodurch die in den Unterlagen erwähnte depressive Störung nicht bestätigt werden könne. Sie sei in keiner Weise verlangsamt, affektiv gut moduliert, problemlos fähig, Kontakt zum Gegenüber aufzunehmen und sich an der Untersuchung zu beteiligen, was gegen eine relevante affektive Störung spreche. Insofern sei eine grosse Inkonsistenz zu den Angaben zu entnehmen, dies sowohl zu den Angaben in den Unterlagen wie auch den subjektiven Angaben. Es sei nicht nachvollziehbar, dass sich die Explorandin zuhause derart passiv verhalte, andererseits sich wohlfühle in der Tagesklinik, wo sie sich auch aktivierend am Programm teilnehme, auch in Kontakt mit den MitpatientInnen trete. Diese subjektiv angegebene Einschränkung in eigener Wohnumgebung sei daher zu hinterfragen. Bereits 2014 sei dokumentiert worden, dass die Explorandin sich zu Hause anders verhalte als in der Klinik, wo die Depression nicht habe festgestellt werden können. Gestützt auf diese Ausführungen ist somit eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zu verneinen.

Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der

Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich ist den Akten und dem Gutachten zu entnehmen, die Beschwerdeführerin stehe im K. ___ bei Frau L. ___ in Behandlung, die Gespräche würden in deutscher Sprache durchgeführt und dauerten jeweils etwa 45 Minuten, sie fänden einmal monatlich statt. Ansonsten stehe sie in Kontrolle beim Hausarzt Dr. med. M. ___, der ihr die Medikamente verschreibe, aktuell stehe sie auch wegen dem Bauch nach der Operation noch in Kontrolle. Medikamentös nehme sie Trittico 200 mg abends schon längere Zeit, Risperidon 2 x 1 mg, aktuell Dafalgan gegen die Bauchbeschwerden 3 x 1 g. Somit ist von einem ausgewiesenen Leidensdruck auszugehen.

7.3 Gestützt auf die vorgehenden Ausführungen ist festzuhalten, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D. ___ genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren gibt, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind (vgl. BGE 141 V 281). So zeigt sich aus der Indikatorenprüfung unter anderem, dass bei der Beschwerdeführerin durchaus soziale Ressourcen vorliegen und zudem eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zu verneinen ist. Insgesamt erweisen sich die im Gutachten postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen damit als hinreichend ausgewiesen.

Ebenso vermag im Lichte der vorgehenden Ausführungen die gutachterliche Verlaufsbeurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu überzeugen. Demnach sei es denkbar, dass der Zustand teilweise variere, doch lasse sich aufgrund der zur Verfügung stehenden Angaben kein länger dauernd schwer depressiver Zustand begründen, der anhaltend über mehrere Wochen oder Monate angehalten habe. Es sei demnach allenfalls während den Hospitalisationen von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, während für die Zeit dazwischen die oben erwähnte Arbeitsfähigkeit anzunehmen sei. In den Unterlagen werde undifferenziert jeweils von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen, ohne diese detailliert zu begründen und auch den Verlauf detailliert zu beschreiben und Einschränkungen zu begründen, weswegen dieser Verlauf nicht übernommen werden könne. Im Übrigen sei aufgrund der zur Verfügung stehenden Angaben seit der letzten Rentenabweisungsverfügung vom 5. November 2019 keine dauerhafte Veränderung des Zustandes der Beschwerdeführerin festzustellen. Es sei heute objektiv eher eine leichte Verbesserung anzunehmen, wobei sich die subjektiven Angaben denjenigen Angaben ähnelten, wie bereits 2019. In diesem Sinn könne keine Verschlechterung begründet werden und es könnten keine neuen Befunde oder Diagnosen gestellt werden.

7.4 Am Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. D. ___ vermögen schliesslich auch die Rügen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern, wie nachfolgend darzulegen ist. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin verneinte Dr. med. D. ___ das Vorliegen einer mindestens mittelgradigen depressiven Störung nicht allein aufgrund des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin die ambulante Tagesklinik besucht. Vielmehr legte er anhand der anlässlich der Begutachtung erhobenen Befunde überzeugend dar, dass bei der Beschwerdeführerin lediglich von einer leichtgradigen depressiven Episode auszugehen sei. Daran vermögen sodann auch die Ausführungen der behandelnden Psychiaterin, Dr. med. L. ___, im Bericht vom 8. Oktober 2025 (Beschwerdebeilage 5)

nichts zu ändern. In diesem Zusammenhang ist ergänzend auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353), weshalb den Berichten von Dr. med. L. ___ nur bedingt Beweiswert zuzumessen ist. Ob Dr. med. D. ___ des Weiteren Rücksprache mit den behandelnden Ärzten hätte nehmen sollen oder ob er auch fremdanamnestiche Abklärungen hätte tätigen sollen ■ wie dies von der Beschwerdeführerin vorgebracht wird ■, liegt alleine im fachärztlichen Ermessen des Gutachters (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_137/2018 vom 20. August 2018 E. 4.2.2). Sodann rügt die Beschwerdeführerin, sie habe auf die Frage des Gutachters, ob die Heirat damals für sie gut gewesen sei, auch ausgeführt, dass es am Anfang sehr schwierig gewesen sei (ca. 01:23:00 der Tonaufnahme). Hierauf gehe der Gutachter aber nicht ein, stelle keine weitere Frage und halte dann im Gutachten einfach fest, dass die Heirat schlussendlich gut gewesen sei. Was die Beschwerdeführerin aus dieser Rüge für sich ableiten will, ist jedoch nicht klar, zumal im Gutachten ausführlich wiedergegeben wird, dass die Beschwerdeführerin die Ehe als gut beschrieben hat. Die diesbezügliche Schlussfolgerung von Dr. med. D. ___ ist somit nicht zu beanstanden. Im Übrigen ergeben sich allein aus dem Umstand, dass Dr. med. D. ___ in seinem Gutachten erwähnte, die Beschwerdeführerin habe den ersten Gutachtenstermin verpasst, keine Hinweise auf mangelnde Objektivität des Gutachters.

Zusammenfassend ist somit auf das beweiswertige psychiatrische Gutachten von Dr. med. D. ___ vom 8. September 2025 abzustellen.

8. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in den beweiskräftigen Teilgutachten der Begutachtungsstelle B. ___ und des Gerichtsgutachtens entspricht praktisch vollständig derjenigen, welche der Verfügung vom 5. November 2019 zugrunde lag (vgl. IV-Nr. 104). Damit liegt kein Revisionsgrund vor und die Beschwerde ist abzuweisen, ohne dass eine neue Invaliditätsbemessung stattzufinden hätte. Eine solche führt aber zu keinem anderen Ergebnis, wie nachstehend darzulegen ist.

8.1 Die Beschwerdeführerin meldete sich am 25. November 2022 erneut zum Leistungsbezug an. Wie aus den Unterlagen ersichtlich, war die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit ab dem 27. September 2022 zu 100 % arbeitsunfähig (vgl. IV-Nr. 7, S. 1). Somit könnte ein allfälliger Rentenanspruch in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG per 1. März 2023 entstehen, womit die Berechnung des Invaliditätsgrades auf diesen Zeitpunkt vorzunehmen ist.

9. Sodann stellt sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, Dr. med. D. ___ stelle in seinem Gutachten derart hohe Anforderungen an das Tätigkeitsprofil, so dass lediglich noch im geschützten Rahmen eine Restarbeitsfähigkeit bestehe. Er beschreibe einen geschützten Arbeitsplatz, nicht einen solchen im primären Arbeitsmarkt. Hierauf verweise auch Dr. med. L. ___ in ihrem Bericht vom 8. Oktober 2025 zu Recht. Wobei sie auch im geschützten Arbeitsplatz von einer mindestens 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgehe.

9.1 Für die Invaliditätsbemessung ist nicht massgeblich, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften bestünde (ausgeglichener Arbeitsmarkt, Art. 16 ATSG). Die Möglichkeit einer versicherten Person, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem allgemeinen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt

von den konkreten Umständen des Einzelfalles ab. Massgebend sind rechtsprechungsgemäss die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch die Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder die Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich (Urteil des Bundesgerichts 9C_650/2015 vom 11. August 2016 E. 5.3 mit Hinweisen). Beim ausgeglichenen Arbeitsmarkt handelt es sich um eine theoretische Grösse, so dass nicht leichthin angenommen werden kann, die verbliebene Leistungsfähigkeit sei unverwertbar (Urteile des Bundesgerichts 8C_442/2019 vom 20. Juli 2019 E. 4.2 und 9C_485/2014 vom 28. November 2014 E. 3.3.1). Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist anzunehmen, wenn die zumutbare Tätigkeit in nur so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher zum Vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil des Bundesgerichts 9C_766/2019 vom 11. September 2020 E. 4.1 mit Hinweisen). Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Restarbeitsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 460 mit weiteren Hinweisen).

9.2 Gestützt auf das orthopädische Teilgutachten der B.____ sowie das psychiatrische Gerichtsgutachten von Dr. med. D.____ gilt folgendes Zumutbarkeitsprofil: Aus orthopädischer Sicht bestehe zwar für die in der Reinigung ausgeübte Tätigkeit ebenso wie für andere überwiegend stehende und gehende Verrichtungen bis auf weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte, überwiegend sitzende Tätigkeiten unter Wechselbelastung liege jedoch eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor. Sodann sei die Explorandin aus psychiatrischer Sicht allenfalls als leicht vermindert belastbar und wenig flexibel einzustufen. Es könnten aufgrund des leicht schwankenden Zustandes eine verminderte Belastbarkeit, Verlangsamung und ein erhöhter Pausenbedarf angenommen werden, wobei die Explorandin in der Lage sein sollte, ganztags bei 20%iger Leistungseinschränkung die bisherige Tätigkeit als Raumpflegerin durchzuführen oder eine andere körperlich adaptierte Tätigkeit, wo ebenfalls von einer ähnlichen Leistungseinschränkung auszugehen sei. Die Arbeit müsste klar vorgegeben sein, eher gleichförmig, nicht mehrere Tätigkeiten gleichzeitig, ohne Zeitdruck und zu vorgegebenen gleichbleibenden Arbeitszeiten. Gestützt darauf kann ohne Weiteres festgehalten werden, dass es solche, der Beschwerdeführerin zumutbare Tätigkeiten, auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in ausreichender Zahl gibt. Zudem reicht entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin das fortgeschrittene Alter als zusätzlicher Faktor ebenfalls nicht aus, um die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit zu verneinen. So verblieben der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt, als gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D.____ vom 8. September 2025 ihre Restarbeitsfähigkeit verlässlich festgelegt wurde, noch mehr als knapp viereinhalb Jahre bis zu ihrer Pensionierung, womit mit Verweis auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung ein fehlender Zugang der Beschwerdeführerin zum Arbeitsmarkt ohne Weiteres zu verneinen ist, zumal die Beschwerdeführerin lediglich aus psychiatrischer Sicht um 20 % in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_482/2010 vom 27. September 2010 E. 4.2).

9.3 Zusammenfassend ist es somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verneint hat.

10.

10.1 Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

10.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

10.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

10.4 Wie dargelegt, hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des Gutachtens von Dr. med. Daniel D.____ vom 8. September 2025 von CHF 6'000.00 zuzüglich der Laborkosten von CHF 446.00 sowie der Kosten für die Dolmetscherin von CHF 196.10 (total CHF 6'642.10) zu tragen. Im Übrigen erscheinen die Gutachtenskosten in Anbetracht der Komplexität des Falles als angemessen.

Demgegenüber sind die dem Gericht in Rechnung gestellten und dem Gutachter bereits vergüteten Kosten von CHF 997.50 wegen verspäteter Meldung der Absage des Gutachtenstermins vom 28. Juli 2025 von der Beschwerdeführerin zu übernehmen. So wurden diese Kosten durch den von der Beschwerdeführerin zu kurzfristig gemeldeten Operationstermin vom 28. Juli 2025 bzw. die damit zusammenhängende Absage des für den gleichen Tag angesetzten Begutachtungstermins verursacht. Von der Beschwerdeführerin wird denn auch nicht geltend gemacht, es sei ihr nicht möglich gewesen, dies dem Gutachter früher zu melden, zumal ihr der Begutachtungstermin bereits mit Schreiben vom 7. Juli 2025 mitgeteilt wurde. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin entschuldigt der Umstand, dass ihr am 28. Juli 2025 eine Operation bevorstand, die verspätet gemeldete Absage des Gutachtenstermins nicht. Zudem ist es nachvollziehbar, dass es Dr. med. D.____ nach der Mitteilung der Absage vom 24. Juli 2025 nicht mehr möglich war, die vier freigewordenen Stunden vom 28. Juli 2025 kurzfristig anderweitig an Patienten zu vergeben. Die dem Experten dadurch entstandenen und in Rechnung gestellten Kosten von CHF 997.50 sind somit nicht zu beanstanden.

Demnach wird erkannt:

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

4. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Kosten für das Gutachten von Dr. med. D.____ von total CHF 6'642.10 zu bezahlen.

5. Die Beschwerdeführerin hat die Kosten von CHF 997.50, welche Dr. med. D.____ durch die verspätete Mitteilung der Absage des Gutachtenstermins entstanden sind, zu bezahlen. Der Betrag von CHF 997.50 ist der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zurückzuerstatten.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Vizepräsident

Die Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

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