



**Entscheid des Kantonsgesichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 28. Juli 2022 (720 21 260 / 175)**

---

**Invalidenversicherung**

**Invalidenrente: Beweistauglichkeit des versicherungsexternen Verwaltungsgutachtens**

Besetzung                      Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin Tina Gerber

Parteien                      **A.**\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Erich Züblin, Advokat, Spalenberg 20, Postfach 1460, 4001 Basel

gegen

**IV-Stelle Basel-Landschaft**, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin

Betreff                      IV-Rente

A.            Die 1963 geborene A.\_\_\_\_ arbeitete zuletzt in einem Pensum von 51% als Textilfachverkäuferin und in einem Pensum von 40% bis 50% als selbstständige Damenschneiderin im eigenen Design Atelier. Am 10. März 2017 meldete sie sich unter Hinweis auf eine Rückenproblematik «LWS 5 / S1» bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Die zuständige IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) prüfte und verneinte Eingliederungsmassnahmen und klärte die gesundheitlichen sowie erwerblichen Verhältnisse ab. Dabei veran-

lasste sie unter anderem durch ihren Abklärungsdienst einen Bericht über die selbstständige Erwerbstätigkeit der Versicherten und holte bei der GA eins GmbH Gutachtenstelle Einsiedeln (GA eins) ein interdisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Orthopädie und Neurologie ein. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren lehnte die IV-Stelle einen Leistungsanspruch der Versicherten mangels Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mit Verfügung vom 10. August 2021 ab.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.\_\_\_\_, vertreten durch Advokat Erich Züblin, am 7. September 2021 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, es sei die angefochtene Verfügung vom 10. August 2021 aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr ab 1. September 2017 mindestens eine Viertelsrente auszurichten, unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, dass die Vergabe des Gutachtauftrags an die GA eins das Recht der Beschwerdeführerin auf ein faires Verfahren verletzt habe. Überdies sei das Gutachten nicht beweistauglich, da es sich ungenügend mit den abweichenden Meinungen anderer medizinischer Fachpersonen auseinandersetze, keine genügende interdisziplinäre Gesamtbeurteilung und keine korrekte Indikatorenprüfung beinhalte. Die Beschwerdegegnerin habe ferner zu Unrecht eine Aggravation der Beschwerdeführerin angenommen. In verfahrensrechtlicher Hinsicht wurde um Ansetzung einer Frist zur ergänzenden Beschwerdebegründung oder zu einer Replik nach Vorliegen eines noch einzuholenden Berichts der psychiatrischen Behandler ersucht.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 18. Oktober 2021 schloss die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf die beigelegten Stellungnahmen ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) auf Abweisung der Beschwerde. Das eingeholte interdisziplinäre Gutachten sei beweistauglich. Eine Prüfung der Standardindikatoren ergebe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

D. Mit Verfügung vom 28. Oktober 2021 wurde der vorliegende Fall dem Gericht zur Beurteilung überwiesen.

E. Mit Replik vom 2. Dezember 2021 hielt die Beschwerdeführerin an den gestellten Rechtsbegehren fest. Mit Eingabe vom 9. Dezember 2021 reichte sie einen aktuellen medizinischen Bericht der behandelnden Fachärzte vom 3. Dezember 2021 ein.

F. Die Beschwerdegegnerin hielt mit Duplik vom 3. Januar 2022 an ihrem Abweisungsantrag fest. Der neu eingereichte Bericht enthalte keine neuen Diagnosen, weshalb sich im Vergleich zu dem von der Begutachtungsstelle beurteilten Sachverhalt keine neuen Aspekte ergeben würden.

G. Mit Verfügung vom 6. Januar 2022 wurde der vorliegende Falle erneut dem Gericht zur Beurteilung überwiesen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 7. September 2021 ist demnach einzutreten.

1.2 Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Die vorliegend angefochtene Verfügung datiert vom 10. August 2021 und damit vor dem 1. Januar 2022. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1; 129 V 354 E. 1 mit Hinweisen) sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. Februar 2022, 8C\_455/2021, E. 2). Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

2. Streitig ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 10. August 2021 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis).

3.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

3.2 Als Invalidität gilt nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach

zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach dem im Rahmen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

3.3 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

3.4.1 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (Allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1).

3.4.2 Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Dabei kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen (BGE 114 V 310 E. 3a, 104 V 135 E. 2b). Ist eine zuverlässige Ermittlung oder Schätzung der beiden hypothetischen Erwerbseinkommen nicht möglich – was etwa bei Selbstständigerwerbenden oder Arbeitnehmern, die gewisse Unkosten selbst zu tragen haben, zutreffen kann – ist in Anwendung der ausserordentlichen Bemessungsmethode ein Betätigungsvergleich vorzunehmen und der Invaliditätsgrad nach Massgabe der erwerblichen Auswirkung der verminderten Leistungsfähigkeit in der konkreten Situation zu ermitteln (Urteil des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2017, 9C\_525/2017 mit Hinweis auf BGE 128 V 29 E. 1 mit Hinweis; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 17. April 2007, I 70/06, E. 4.3 mit Hinweisen).

4.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

4.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung – und im Beschwerdefall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche 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 versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

4.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser 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 der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

4.4 Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I

506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

4.5 Das Bundesgericht hat mit BGE 143 V 418 entschieden, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Dieses Verfahren definiert systematisierte Indikatoren, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – im Regelfall erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch zu beurteilen (BGE 141 V 281 E. 3.6). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2). Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1).

5. Zur Beurteilung des vorliegenden Falles liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Gutachten und Berichte wiedergegeben werden, welche sich für den vorliegenden Entscheid als zentral erweisen.

5.1 In seiner vertrauensärztlichen Beurteilung zuhanden des zuständigen Taggeldversicherers vom 3. November 2017 berichtete Prof. Dr. med B.\_\_\_\_, dass die Versicherte beim Ausüben von Gartenarbeit ein sogenanntes Verhebetauma erlitten habe. Diagnostisch habe es sich um eine Diskushernie des Segments L 5/S 1 mit rechtsseitiger Kompression der Nervenwurzel S 1 gehandelt. Die Behandlung sei konservativ erfolgt mit Physio- und Massagetherapie und werde in reduziertem Mass auch aktuell noch praktiziert. Parallel dazu habe eine medikamentöse Behandlung mit Analgetika stattgefunden. Eine operative Versorgung sei im Februar 2017 vom behandelnden Orthopäden empfohlen, jedoch nicht realisiert worden. Prof. B.\_\_\_\_ stellte folgende Diagnosen: (1) ein chronisches Lumbovertebralsyndrom; (2) eine Diskushernie L 5/S 1 mit rechtsseitiger radikulärer Symptomatik; (3) Beschwerden des Klimakteriums; (4) eine Syringomyelie im Bereich der Brustwirbelsäule (asymptomatisch) sowie (5) ein Verdacht auf ein Carpaltunnelsyndrom. Im mehr als einjährigen Verlauf habe sich auch subjektiv eine deutliche Besserung der Symptomatik ergeben. Objektiv seien aktuell ohnehin keine eindrücklichen Befunde oder Hinweise zu erkennen, die dem subjektiv geklagten Beschwerdebild entsprechen würden. Andere Erkrankungen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit bestünden nicht, weshalb der Ansatz der Arbeitsunfähigkeit ab sofort deutlich gesenkt werden

könne. Im Tätigkeitsprofil als Verkäuferin mit stark vermindertem Leistungsanspruch (mit Kundenberatung, jedoch ohne Hantieren von Kisten etc.) könne von einem zeitlich uneingeschränkten Pensum ausgegangen werden. Zunächst sei eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer reinen Verkaufstätigkeit zu realisieren. In einer leidensangepassten Tätigkeit, abwechselnd sitzend und stehend, ohne Arbeit in Zwangshaltungen, ohne mehrfach täglichem Anheben von Lasten über 5 kg sei von einer 70%igen Leistungsfähigkeit im Sinne eines reduzierten Arbeitseinsatzes und mit vermehrten Pausen zumutbar. Der weitere Verlauf sei abzuwarten.

5.2 Mit Bericht vom 27. August 2018 diagnostizierte die Ärzteschaft der Abteilung Neurochirurgie des Spitals C.\_\_\_\_\_ bei der Patientin eine ausgeprägte Syringomyelie, differenzialdiagnostisch eine Hydromyelie zervikal und weniger thorakal mit Tonsillentieftand 3 mm unterhalb des Foramen magnum. Nach der neurologischen Beurteilung werde nun mit der Patientin das weitere Vorgehen besprochen. Es bestehe die Indikation zur Durchführung einer Foramen magnum-De-kompression. Die Patientin verstehe die Pathogenese der Erkrankung sowie die Sinnhaftigkeit der Operation, sie verstehe ebenfalls die Notwendigkeit, diese Operation lieber früher als später durchzuführen. Die Patientin habe verstanden, dass bei weiterem Zuwarten bzw. Auftreten von z.B. Stürzen ein Risiko für das Auftreten von neurologischen Symptomen bestehe. Sie könne sich aktuell jedoch nicht für ein operatives Vorgehen entscheiden und wolle zunächst eine Zweitmeinung einholen.

5.3 Dem Bericht von Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_\_, FMH Anästhesiologie, und Dr. med. E.\_\_\_\_\_, FMH Anästhesiologie, vom 31. Oktober 2018 ist zu entnehmen, dass bei der Erstkonsultation die Kopfschmerzen und Verspannungen im Bereich des Nackens ganz im Vordergrund gestanden hätten. Diese Beschwerden stünden möglicherweise im Zusammenhang mit der ausgeprägten Syringomyelie. Die Schmerzen im Bereich des Gesässes und der Beine seien laut Patientin bezüglich Leidensdruck zweitrangig. Mindestens so wichtig wie die Schmerzproblematik seien im Gespräch die Stressintoleranz und die Angst vor der neurochirurgischen Operation gewesen. Bei der Erhebung der Anamnese hätten sich signifikante psychosoziale Belastungen gezeigt und es habe sich der Verdacht auf eine posttraumatische Stressstörung, Angst- und/oder affektive Störung ergeben. Es habe sich auch eine gewisse Skepsis bezüglich schulmedizinischer Therapien und ein zum Teil eigenartiges Verständnis pathophysiologischer Prozesse gezeigt. Mit der Patientin seien folgende Massnahmen besprochen worden: Es sei ihr empfohlen worden, sich betreffend die Syringomyelie dringend an die Empfehlungen der neurologischen und neurochirurgischen Fachärzte zu halten. Trotz Erklärung des biopsychosozialen Schmerzmodells habe die Patientin eine Überweisung an die Kollegen der Psychosomatik abgelehnt. Ebenfalls sei ein Therapieversuch mit niedrigdosierten Antidepressiva zur Aktivierung der deszendierenden Schmerzhemmung und zur Schlaflförderung abgelehnt worden. Der Patientin werde indes ein TENS-Gerät zur Verfügung gestellt und ein topisches Schmerzmittel angegeben. Für Infiltrationstherapien werde aktuell keine Indikation gesehen. Mit Verlaufsbericht vom 20. Dezember 2018 führte Dr. E.\_\_\_\_\_ aus, dass die Patientin über grossen Stress wegen finanzieller Probleme und Erschöpfung klage. Sie habe einen hohen Leidensdruck und beginne psychisch zu dekompensieren. Er habe ihr erklärt, dass aus schmerztherapeutischer Sicht keine zusätzlichen Therapien angeboten werden könnten. Prioritär müssten die Syringomyelie und die psychische Problematik

angegangen werden. Die Patientin sei aber nach wie vor nicht bereit, sich in die Betreuung eines Psychosomatikers oder Psychiaters zu begeben.

5.4 Die behandelnde Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Neurochirurgie, stellte mit Bericht vom 4. März 2019 fest, dass mehrfache Konsultationen betreffend die symptomatische Syringomyelie und der formellen Operationsindikation stattgefunden hätten. Betont werden müsse, dass bloss die neurologische Symptomatik, nicht jedoch die assoziierten, unspezifischen Symptome durch die Diagnose erklärt würden. Eine Beurteilung mit psychosomatischem Ansatz sei vorgesehen. Da die Patientin weiterhin ausgeprägte Bedenken bezüglich einem operativen Vorgehen äussere, seien aktuell keine weiteren Konsultationen ihrerseits geplant. Die Patientin könne sich jedoch jederzeit im Falle eines Behandlungswunsches melden.

5.5 Mit Bericht zuhanden der IV-Stelle vom 10. September 2019 führte Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, der Abteilung Psychosomatik des Spitals C.\_\_\_\_ aus, dass die Patientin an einer komplexen Schmerzproblematik leide, welche den Kopf, den Rücken und das Steissbein einbeziehe. Darüber hinaus beschreibe sie Beschwerden an der rechten Hüfte und dem rechten Bein, Gefühlsstörungen in der rechten Hand sowie in Überlastungssituationen ein inneres und äusseres Zittern. Ferner leide sie an Hitzewallungen, welche sehr unangenehm für sie seien. Durch die anhaltenden körperlichen Beschwerden sei die Patientin sehr eingeschränkt und habe ihre sportlichen Tätigkeiten, die eine wichtige Coping-Strategie dargestellt hätten, aufgeben müssen. Durch die körperlichen Beschwerden, die finanziellen Unsicherheiten sowie zwischenmenschliche Konflikte habe sich eine depressive Symptomatik im Sinne einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion entwickelt. In diesem Zusammenhang leide die Patientin unter rascher Erschöpfbarkeit, innerer Unruhe, Anspannung sowie unter gedrückter und zum Teil hoffnungsloser Grundstimmung. Die konzentrierte Belastbarkeit sei reduziert und im formalen Denken zeige sich eine Weitschweifigkeit sowie ein Kreisen um die körperlichen Beschwerden und Belastungen. Zu diagnostizieren sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine symptomatische Syringomyelie, differenzialdiagnostisch eine Hydromyelie zerviko-thorakal mit Tonsillentiefstand 3 mm unterhalb des Foramen magnum. Therapeutisch seien eine stationäre psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung und die Eindosierung in eine antidepressive und schmerzmodulierende Medikation vorgesehen. Die Patientin sei der Klinik H.\_\_\_\_ zur ambulanten Psychotherapie und sozialdienstlicher Unterstützung zugewiesen worden. Aktuell bestehe in der angestammten Tätigkeit als Schneiderin keine Arbeitsfähigkeit. Die Prognose sei aufgrund der chronischen Schmerzsymptomatik sowie der zwischenmenschlichen Herausforderungen, welche nur bedingt therapeutisch aufgelöst werden könnten, eher ungünstig.

5.6 Die Ärzteschaft der Klinik H.\_\_\_\_ diagnostizierte mit Bericht zuhanden der IV-Stelle vom 4. Februar 2020 eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.4, Erstdiagnose März 2019), eine mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F 32.1, Erstdiagnose März 2019) sowie eine histrionische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F 60.4, Erstdiagnose August 2019), wobei die Interaktion und Beziehungsgestaltung im therapeutischen Einzelsetting mit theatralischer und grenzüberschreitender Darstellung des Leidens auffalle. Die Patientin sei gemäss Mini-ICF insbesondere in der Planung und Strukturierung von Aufgaben, der

Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit beeinträchtigt. In der bisherigen Tätigkeit als selbstständige Damenschneiderin sowie Verkaufsangestellte im Textilverkauf sei eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit von 100% gegeben. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei zu maximal 40% zumutbar. Prognostisch werde bestenfalls eine teilzeitliche tagesstrukturierende Beschäftigung in einem Pensum von maximal 50% als möglich erachtet. Eine ökonomisch verwertbare Berufstätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt werde als unrealistisch angesehen. Die Patientin sei diesbezüglich zu 100% arbeitsunfähig. Ferner sei die Patientin mittelgradig beeinträchtigt im Bereich der Wohnungsreinigung und dem Einkauf sowie schwer beeinträchtigt für Gartentätigkeiten. Bei den Haushaltstätigkeiten komme es zu einer raschen Erschöpfung mit erheblicher Schmerzverstärkung, die anschliessend häufig stundenlange Ruhephasen erfordern würde.

5.7 Die IV-Stelle veranlasste in der Folge bei der GA eine interdisziplinäre Begutachtung in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Orthopädie und Neurologie. Im Gutachten vom 9. November 2020 wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende Diagnosen gestellt: (1) eine leichte depressive Episode (ICD-10 F 32.00); (2) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F 45.41) mit chronischem unspezifischen multilokulären Schmerzsyndrom (ICD-10 R 52.9) und unspezifischen Kopfschmerzen (ICD-10 R 51); (3) ein chronisches zerviko-, thorako- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M 54.2, M 54.6, M 54.5) bei radiologisch zervikothorakaler Syringomyelie und Diskushernie L 5/S 1 mit Kompression der Nervenwurzel S 1 rechts bei im Übrigen regelrechtem Befund der zervikalen, thorakalen und lumbalen Wirbelsäule, einem Status nach CT-gesteuerter periradikulärer Infiltration L 5 rechts mit Kenacort am 6. Mai 2020, einem Status nach CT-gesteuerter periradikulärer Infiltration L 5 und S 1 mit Kenacort am 25. Mai 2020, einem Status nach BV-gesteuerter Infiltration der Facettengelenke L 4/L 5/ S 1 und ISG rechts mit Kenacort am 8. Juni 2020, bei klinisch fehlendem funktionellen Defizit sowie (4) eine Arnold-Chiari Malformation Grad I mit Syringomyelie zervikal und thorakal (ICD-10 Q 07.0).

5.7.1 Der internistische Fachgutachter hielt in seinem Teilgutachten fest, dass die Explorandin Schmerzen und Verspannungen am ganzen Körper, insbesondere im Rücken und über die Schultern sowie vom Nacken in den rechten Arm beklage. Bei den Schmerzen und Krämpfen fühle sie sich wie benebelt; sie könne sich nicht konzentrieren, sei licht- und lärmempfindlich und empfinde eine dauernde Übelkeit. Aus allgemein-internistischer Sicht sei die Systemanamnese unauffällig. In der Klinik sei kein auffälliger Befund erhoben worden, die Laborwerte hätten im Normbereich gelegen. Eine allgemein-internistische Diagnose könne nicht gestellt werden. Entsprechend sei auch die Arbeitsfähigkeit aus fachärztlicher Sicht weder im Verlauf noch aktuell eingeschränkt.

5.7.2 Im Rahmen der fachpsychiatrischen Begutachtung wurde die Explorandin ausführlich zu ihren aktuellen Beschwerden, der psychiatrischen, familiären, sozialen und beruflichen Vorgeschichte, ihrem Tagesablauf und ihren Zukunftsvorstellungen befragt. Der psychiatrische Gutachter stellte anschliessend fest, dass bei der Explorandin die diagnostischen Kriterien einer leichten depressiven Episode erfüllt seien, gekennzeichnet durch leichte depressive Verstimmungen mit

verminderter Freude, Schlafstörungen, erhöhter Ermüdbarkeit, vermindertem Selbstwert mit Insuffizienzgedanken und leichten Konzentrationsstörungen. Es bestehe diagnostisch auch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, da diffuse, ausgeweitete Schmerzen am Bewegungsapparat vorlägen, deren Ausmass mit der Überzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, mit den somatischen Befunden nicht hinreichend erklärt werden, jedoch auch nicht auf eine Somatisierung im Rahmen der Depression zurückgeführt werden könnten. Es bestünden emotionale und psychosoziale Belastungsfaktoren, die von Bedeutung sein könnten, mit einer langjährigen chronischen somatischen Problematik, die bis heute anhalte, aber auch mit Hinweisen auf lebensgeschichtliche Belastungen. Ferner bestünden etwas akzentuierte, dramatisierende Persönlichkeitszüge. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung könne indes bei sonst normal verlaufender Sozialisation, abgeschlossener Berufsausbildung und früher voller Leistungsfähigkeit nicht gestellt werden. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bestehe nicht. Die Explorandin habe eine fachärztliche Behandlung abgeschlossen und besuche seither eine Schmerzgruppe. Sie fühle sich auch nicht psychisch krank. Der Medikamentenspiegel des Antiepileptikums Pregabalin sei sehr tief. Zu den Standardindikatoren hielt der psychiatrische Fachgutachter fest, dass die Explorandin weiterhin kurze Strecken mit dem Auto fahre, was mit schwereren Konzentrationsstörungen nicht vereinbar sei. Ausserdem seien ihr Ferienreisen nach wie vor möglich. Andererseits bestünden Belastungen mit der chronischen Schmerzproblematik, die sich bis heute trotz Behandlung nicht gebessert habe, was psychisch zu Enttäuschung und Verunsicherung führe. Es könnten andere lebensgeschichtliche Enttäuschungen reaktiviert werden. Seitens der Neurochirurgie werde ihr eine Operation empfohlen, sie habe jedoch nachvollziehbar Bedenken wegen der Risiken. Sie lebe im Haus ihrer verstorbenen Eltern, pflege eine gute Beziehung zu ihrem Lebenspartner, habe sonst wenige Kontakte. Sie sei nicht mehr sportlich aktiv. Die noch erhaltene Funktionsfähigkeit mit auch selbstständiger Haushaltsführung spreche allein aus psychiatrischer Sicht ebenfalls gegen eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit. Letztlich bestehe weder im Verlauf noch aktuell in der angestammten oder in einer Verweistätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

5.7.3 Der orthopädische Gutachter stellte anlässlich seiner Begutachtung fest, dass der ebene Gang mitsamt den geprüften Varianten unauffällig sei und sich bei der Untersuchung der Wirbelsäule die Beweglichkeit lumbal bloss wenig vermindert und in den übrigen Abschnitten frei gezeigt habe. Auch an den oberen und unteren Extremitäten bestehe eine freie Beweglichkeit. Die gesamte ausführliche Untersuchung im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen habe bei ausreichender Kooperation insgesamt problemlos durchgeführt werden können. Bei der Palpation seien ausgedehnte, unter anderem jedoch infolge wiederholter Relativierung hinsichtlich Lokalisation und Intensität unklar gebliebene Angaben bezüglich Druckdolenzen erfolgt. Vier von fünf Waddell-Zeichen seien positiv ausgefallen. Auf radiologischer Ebene bestünden eine zervikothorakale Syringomyelie sowie eine Diskushernie L 5/ S 1 mit Affektion der Nervenwurzel S 1 rechts bei im Übrigen regelrechtem Befund der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule sowie der Hüft- und Iliosakralgelenke. In Anbetracht der klinisch objektiv weitestgehend blanden Befunde werde auf die Ausfertigung neuer Bilddokumente verzichtet. Zusammenfassend könne festgestellt werden, dass sich das anamnestisch und klinisch äusserst diffus präsentierende Beschwerdebild durch die klinischen, radiologischen und infiltrativen Befunde keinesfalls klar begründen lasse. Durch-

aus nachvollziehbar sei ein gewisser Leidensdruck bei lumbosakraler Diskopathie und Neurokompression, doch lasse insbesondere die anamnestische Schilderung an eine klar im Vordergrund stehende nicht-organische Beschwerdekomponekte denken. Für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten unter Wechselbelastung einschliesslich sämtlicher bislang ausgeführter Tätigkeiten bestehe aus orthopädischer Sicht eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 15 kg solle vermieden werden. Auch in der Vergangenheit habe für derartige Verrichtungen keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden.

5.7.4 In seinem Teilgutachten hält der neurologische Fachgutachter fest, dass die Explorandin unter Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule leide, wobei vorwiegend die zervikalen und thorakalen Abschnitte sowie der Kreuzbereich betroffen seien. Die Angaben der Explorandin zu den Beschwerden und dem Therapieverlauf seien sehr vielfältig und teilweise widersprüchlich gewesen. Dies betreffe auch das Verhalten während der Untersuchung. Während sich in der MRI-Untersuchung vom 23. Februar 2018 noch eine deutliche Regredienz der Diskushernie ohne Neurokompression habe nachweisen lassen, habe sich beim MRI vom 24. Februar 2020 nun erneut eine rezessale Diskusprotrusion L 5/S 1 mit Kompression der Nervenwurzel S 1 rechts gezeigt. Es stelle sich die Frage nach der klinischen Relevanz. Gegen eine relevante Schädigung der Nervenwurzel S 1 spreche der aktuell unauffällige EMG-Befund, wobei weder ein akuter noch ein chronischer Denervationsprozess habe nachgewiesen werden können. Zusammengefasst sei es möglich, dass ein leichtes, auf Grund des jahrelangen Verlaufes am ehesten residuelles radikuläres Syndrom am rechten Bein im Bereich der Wurzel S 1 vorliege. Im Vordergrund stünden jedoch unspezifische Beschwerden, die wahrscheinlich einem spondylogenen Syndrom entsprächen. Auch die Angaben der Explorandin zu den geklagten Kopfschmerzen seien widersprüchlich. Eine diagnostische Zuordnung der Kopfschmerzen gemäss den Kriterien der Internationalen Kopfschmerzgesellschaft sei deshalb nicht möglich. In Bezug auf die geklagten zervikalen und thorakalen Schmerzen habe die Untersuchung ergeben, dass sich die Muskelreflexe symmetrisch mittellebhaft und sich keine Hinweise auf eine Störung der langen Bahnen oder sensible Defizite an den oberen Extremitäten gezeigt hätten. Die medianus- und tibialis-somatosensorisch evozierten Potentiale (SSEP) hätten einen normalen Befund ergeben. Eine Läsion der sensorischen Bahnen im Myelon sei somit nicht objektivierbar. Aufgrund der Untersuchung müsse davon ausgegangen werden, dass es sich bei der Arnold-Chiari-Malformation Grad I mit zervikaler und thorakaler Syringomyelie um einen asymptomatischen Befund handle. Insgesamt könnten aus objektiv-neurologischer Sicht keine relevanten Funktionseinschränkungen festgestellt werden. Entsprechend liege keine Einschränkung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit vor.

5.7.5 Insgesamt erachteten die Gutachter der GA eins die Explorandin in der angestammten sowie in jeder körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit als zu 100% arbeitsfähig.

5.8 Mit Schreiben vom 3. Mai 2021 nahmen die involvierten Fachärzte der GA eins auf Anfrage der IV-Stelle zur von der Versicherten geäusserten Kritik an ihrem Gutachten vom 9. November 2020 Stellung. In Bezug auf die geltend gemachte schwere psychische Beeinträchtigung hielten die Gutachter fest, dass eine solche von der Explorandin anlässlich der Begutachtung

nicht beschrieben worden sei. Die Explorandin sei nicht psychisch gesund, die aufgeführten psychischen Störungen wiegen jedoch nicht derart schwer, dass ihr die notwendige Willensanstrengung nicht zugemutet werden könne, um trotzdem arbeiten zu können, zumal Behandlungsmöglichkeiten offen stünden. Da keine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes geltend gemacht werde, handle es sich letztlich bloss um eine andere Beurteilung eines ähnlichen Sachverhalts. In neurologischer Hinsicht werde die von der Rechtsvertreterin vorgenommene Interpretation des Gesundheitszustandes zurückgewiesen. Sofern bemängelt werde, dass ein Widerspruch zwischen dem nicht erklärbaren Beschwerdebild und der Aussage betreffend Funktionseinschränkungen bestehe, werde auf das Verhalten der Explorandin während der Untersuchung mit beobachteten Widersprüchlichkeiten und die fehlenden objektiven Befunde verwiesen.

5.9 Im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht der Klinik für Neurologie des Spitals I. \_\_\_\_ vom 3. Dezember 2021 ein. Darin werden (1) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen mit Ganzkörperschmerzen bei zentralisierter Schmerzstörung, einer Syringomyelie (eher unwahrscheinlich, da rückläufig) und einem Status nach mehreren Traumata mit Comotio; (2) ein Verdacht auf chronische Migräne; (3) eine Syringomyelie vom Halswirbelkörper 4 bis Brustwirbelkörper 1 und vom Brustwirbelkörper 7 bis 11 bei unklarer Ätiologie, differenzialdiagnostisch traumatisch bedingt bei Status nach mehrfachen Unfällen mit Wirbelsäulentraumata; (4) eine Arnold-Chiari-Malformation Grad I mit Syringomyelie zervikal und thorakal sowie (5) ein lumbales Schmerzsyndrom bei Status nach Diskushernie L 5/S 1 mit Verdrängung der Wurzel S 1 (Erstdiagnose November 2016) diagnostiziert. Neben verschiedenen diagnostischen Massnahmen wird folgendes therapeutisches Vorgehen vorgeschlagen: ein multimodales Vorgehen bezüglich des chronischen Schmerzsyndroms mit Anbindung an eine Abteilung für Psychosomatik und gegebenenfalls stationärem Aufenthalt (bei Bedarf könne sich die Patientin jederzeit melden), eine Basistherapie mit schmerzmodulierenden und -distanzierenden Medikamenten, was aktuell von der Patientin nicht gewünscht werde, die Durchführung von nicht-medikamentösen Massnahmen wie regelmässiger körperlicher Aktivität und progressiver Muskelrelaxation, die Fortführung der Physio- und ähnlichen Therapien. Eine psychiatrische Weiterbetreuung werde empfohlen. Die Arbeitsfähigkeit werde nicht beurteilt.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vollumfänglich auf das eingeholte interdisziplinäre Gutachten der GA eins vom 9. November 2020. Sie ging demzufolge davon aus, dass der Beschwerdeführerin die angestammte wie auch jede andere leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit in vollem Pensum zumutbar sei.

6.2 Vorab ist auf die Rüge der Beschwerdeführerin einzugehen, wonach die Vergabe des Gutachtenauftrags an die GA eins ihr Recht auf ein faires Verfahren nach Art. 6 der Europäischen Konvention der Menschenrechte (EMRK) verletze. Dabei macht sie namentlich geltend, dass die involvierten Gutachter für mehrere Gutachterstellen tätig seien, wodurch das Zufallsprinzip ausgehöhlt werde. Die Beschwerdegegnerin entgegnet dem, dass sie die Gutachter der Versicherten vor Durchführung der Begutachtung bekannt gegeben habe und diese keine triftigen Einwendungen gegen die Beauftragung vorgebracht habe. Im jetzigen Verfahrensstadium sei die Rüge deshalb verspätet. Ob dieser Auffassung der Beschwerdegegnerin gefolgt werden kann – zumal die

Beschwerdeführerin im damaligen Zeitpunkt noch nicht anwaltlich vertreten war – kann offengelassen werden. Die von der Beschwerdeführerin vorgebrachte Argumentation findet selbst in der von ihr zitierten Rechtsprechung keine Stütze. Im Übrigen erweist sie sich auch als zu allgemein, bringt die Beschwerdeführerin doch in keiner Weise vor, inwiefern die behauptete Aushöhlung des Zufallsprinzips im konkreten Fall zu einem Nachteil hätte führen sollen.

6.3 Wie in Erwägung 4.3 hiervor ausgeführt, prüft das Gericht frei, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, die Anlass geben könnten, die Ergebnisse im Gutachten vom 9. November 2020 in Frage zu stellen oder gar davon abzuweichen. Es ist vielmehr festzuhalten, dass das Gutachten die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage erfüllt. So weist es weder formale noch inhaltliche Mängel auf, ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 4.3 hiervor) – umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen und ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden. Die Versicherte wurde eingehend somatisch und psychiatrisch exploriert. Die entsprechenden Schlussfolgerungen der Gutachter betreffend Arbeits- und Leistungsfähigkeit sind ebenfalls nachvollziehbar und einleuchtend.

6.4.1 Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, ist nicht geeignet, die Beweiskraft des Gutachtens vom 9. November 2020 in Frage zu stellen. Sie macht zunächst geltend, dass sich die Gutachter bloss ungenügend mit den abweichenden aktenkundigen Meinungen auseinandergesetzt hätten. So habe der psychiatrische Gutachter zur diskrepanten Beurteilung durch die Ärzteschaft der Klinik H.\_\_\_\_\_ vom 10. September 2019 nicht einlässlich Stellung bezogen. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass der psychiatrische Gutachter eine sehr ausführliche Anamnese erhoben und darauf gestützt seine Diagnosen rechtsgenügend hergeleitet hat. Ferner hat er nachvollziehbar begründet, weshalb seines Erachtens zwar akzentuierte Persönlichkeitszüge, nicht jedoch eine Persönlichkeitsstörung vorliegen würden. Sowohl der Gutachter als auch der RAD in seiner Stellungnahme vom 28. September 2021 weisen darauf hin, dass die Beschwerdeführerin lediglich noch eine Schmerzgruppe besuche, sich jedoch nicht mehr in psychiatrischer Behandlung befinde. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erweist sich deshalb auch als schlüssig, insbesondere auch unter Berücksichtigung der Standardindikatoren, welche zwar vom Gutachter nicht einlässlich geprüft wurden, sich jedoch aus dem Gutachten herauslesen lassen. Diesbezüglich ist auch auf die Ausführungen des RAD zu verweisen. Dass der psychiatrische Gutachter im Schreiben vom 3. Mai 2021 Formulierungen aus der Zeit der Überwindbarkeitspraxis verwendet, ist unglücklich, vermag jedoch an der nachvollziehbaren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nichts zu ändern, zumal im selben Satz betont wird, dass die Versicherte die in Frage kommenden Behandlungsmöglichkeiten nicht ausschöpfe. Die von der Ärzteschaft der Klinik H.\_\_\_\_\_ attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt erscheint demgegenüber – trotz Durchführung einer Testung mittels Mini-ICF – als ungenügend begründet und nicht nachvollziehbar und vermag die gutachterliche Einschätzung nicht in Frage zu stellen (vgl. auch E. 4.4 hiervor).

Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor, der orthopädische Gutachter habe insbesondere im Hinblick auf eine retrospektiv zu beurteilende Arbeitsfähigkeit die Ergebnisse des MRT vom 9. November 2016 und der gutachterlichen Beurteilung von Dr. B.\_\_\_\_\_ vom 3. November 2017

zu wenig berücksichtigt. Diesbezüglich ist ihr mit der Beschwerdegegnerin entgegenzuhalten, dass das orthopädische Teilgutachten eine detaillierte Aktenanamnese beinhaltet. Zur Beurteilung stützte sich der Fachgutachter zu Recht auf aktuellere bildgebende Untersuchungen. Ferner lässt sich weder aus dem MRI noch letztlich aus der vertrauensärztlichen Beurteilung von Dr. B.\_\_\_\_ bezüglich der Arbeitsfähigkeit etwas zu Gunsten der Beschwerdeführerin ableiten. So führt Dr. B.\_\_\_\_ zwar aus, dass aufgrund des Pausenbedarfs und des reduzierten Arbeitseinsatzes (kein Hantieren von Kisten) eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30% bestehe, in einer leidensangepassten Tätigkeit könne jedoch von einem zeitlich uneingeschränkten Pensum ausgegangen werden. Insbesondere macht Dr. B.\_\_\_\_ deutlich, dass im weiteren Verlauf eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit angenommen werden könne, worauf sich auch der orthopädische Gutachter der GA eins bezieht. Sofern der Gutachter deshalb angibt, dass auch retrospektiv nicht von einer längeren Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden könne, steht dies nicht im Widerspruch zu den Akten. Gleichermassen setzt sich auch der neurologische Gutachter – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin – mit der im Jahr 2016 diagnostizierten Diskushernie auseinander. Obschon diese gemäss Angaben des damals behandelnden Arztes die Symptomatik genügend erklärte, resultieren daraus – wie die Beschwerdegegnerin zu Recht ausführt – keine Aussagen über die Arbeitsfähigkeit. Zu beachten ist überdies, dass eine im Jahr 2016 attestierte Arbeitsunfähigkeit sich nicht auf den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin auswirken würde, da der frühestmögliche Rentenbeginn auf den September 2017 fallen würde. Auch die Rüge der Beschwerdeführerin, dass sich die Gutachter nicht einmal mit der vom RAD mit Stellungnahme vom 18. Juni 2018 aufgeführten Arbeitsunfähigkeit auseinandergesetzt hätten, geht letztlich fehl, da sich diese Einschätzung des RAD auf die Beurteilung durch Dr. B.\_\_\_\_ stützte, womit sich die Gutachter – wie soeben ausgeführt – rechtsgenüchlich auseinandergesetzt haben. Insgesamt ist überdies festzuhalten, dass die medizinische Aktenlage grundsätzlich eine einheitliche Darstellung der gesundheitlichen Problematik der Beschwerdeführerin aufweist. Danach besteht bei den objektiv nicht vollends erklärbaren Schmerzen eine bedeutende psychosomatische und psychische Komponente sowie eine gewisse Behandlungsresistenz der Beschwerdeführerin. Die Auseinandersetzung der Gutachter mit dieser – wenig Diskrepanzen aufweisenden – Aktenlage ist rechtsgenüchlich.

6.4.2 Der Beschwerdeführerin ist grundsätzlich zwar zuzustimmen, dass die von den Gutachtern vorgenommene Konsensbeurteilung knapp ausgefallen ist. Dies alleine vermag indes die Beweiskraft des Gutachtens nicht in Frage zu stellen. Da mit Ausnahme der aus orthopädischen Sicht zu berücksichtigenden qualitativen Anforderungen an eine Tätigkeit in den Teilgutachten keinerlei Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hat festgestellt werden können, erübrigt sich eine ausführliche Besprechung der Komorbiditäten oder der Wechselwirkungen der verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Sofern die Beschwerdeführerin moniert, dass keine genügende Konsistenzprüfung stattgefunden hat, kann auf das unter Erwägung 6.4.1 Ausgeführte verwiesen werden. Der psychiatrische Fachgutachter hat den Tagesablauf der Beschwerdeführerin genau erhoben und daraus nachvollziehbare Schlüsse gezogen. Entgegen den Ausführungen in der Beschwerde finden sich in den von der Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung gemachten Angaben keine Anhaltspunkte für eine massgebliche Beeinträchtigung in der Haushaltstätigkeit.

6.4.3 Wenn die Beschwerdeführerin weiter vorbringt, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung willkürlich und entgegen dem Gutachten vom 9. November 2020 von einer Aggravation ausgehe, geht ihre Argumentation fehl. Die Aggravation wird nicht als Ausschlussgrund im Sinne der Rechtsprechung (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.1) aufgeführt und hat keine Bedeutung für die Verweigerung der Invalidenrente. Vielmehr verweist die Beschwerdegegnerin lediglich auf die von sämtlichen Fachgutachtern der GA eins festgestellten Inkonsistenzen im Verhalten und den Angaben der Beschwerdeführerin hin.

6.4.4 Unter Hinweis auf den aktuellen Bericht des Spitals I.\_\_\_\_ vom 3. Dezember 2021 bringt die Beschwerdeführerin ausserdem vor, dass entgegen der Behauptung der Beschwerdegegnerin erhebliche medizinisch objektivierbare Befunde vorlägen, deren Ursache zwar nicht vollständig geklärt sei, die jedoch die Gesundheitsstörungen erklären würden. Dabei übersieht die Beschwerdeführerin, dass das Vorliegen von objektivierbaren Befunden unbestritten ist. Unbestritten ist auch, dass sich gewisse Beschwerden der Versicherten durch diese Befunde teilweise erklären lassen. Aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten kann indes auch als erstellt gelten, dass sich nicht sämtliche Beeinträchtigungen und Schmerzen durch objektive Befunde erklären lassen. Nichts anderes ergibt sich aus dem Bericht des Spitals I.\_\_\_\_ vom 3. Dezember 2021. So wird dort – wie bereits in zahlreichen früheren medizinischen Berichten – ein multimodaler Therapieansatz unter Einbezug psychosomatischer und psychiatrischer Behandlung empfohlen. Die Beschwerdegegnerin führt deshalb zu Recht aus, dass sich aus dem eingereichten Bericht keine neuen Aspekte ergeben.

6.5 Zusammengefasst erweist sich das Gutachten der GA eins vom 9. November 2020 als beweistauglich im Sinne der Rechtsprechung, weshalb die Beschwerdegegnerin darauf abstellen durfte. Folglich ist davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit vorliegen. Damit ist die Beschwerdeführerin weder in den angestammten noch in entsprechenden Verweistätigkeiten eingeschränkt.

7. Im Ergebnis ist damit festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin eine Invalidität und folglich einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint hat. Die Beschwerde ist nach dem Ausgeführten abzuweisen.

9. Es bleibt über die Kosten zu befinden. Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG sind 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 Fr. 200.-- bis Fr. 1000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr zu auferlegen sind. Sie werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens ist keine Parteientschädigung zuzusprechen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
  2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet.
  3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

Gegen diesen Entscheid wurde am 12. Dezember 2022 beim Schweizerischen Bundesgericht Beschwerde eingereicht ([Verfahrens-Nr. 8C 735/2022](#)).

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>