



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 21. August 2025 (720 24 251)

Invalidenversicherung

Prüfung des medizinischen Sachverhalts; Schlüssigkeit eines verwaltungsexternen Gutachtens bejaht.

Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiberin Margit Campell

Parteien **A.**_____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Dominique Flach, Advokatin, Flach Advokatur GmbH, Steinengraben 55, 4051 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Die 1976 geborene A.____ arbeitete als Betriebsmitarbeiterin, als sie sich am 12. Februar 2020 unter Hinweis auf Rückenschmerzen (Diskushernien in der Lendenwirbelsäule [LWS]) bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen anmeldete. Die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) klärte die gesundheitlichen und erwerblichen Verhältnisse der Versicherten ab und holte unter anderem ein Gutachten in den Fachrichtungen Rheumatologie und Psychiatrie bei der B.____ AG (B.____ AG) ein, welches am 25. April 2024 erstattet wurde.

Gestützt auf diese Abklärungsergebnisse lehnte die IV-Stelle – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren – bei einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 16 % (ab September 2020) bzw. 24 % (ab Januar 2024) mit Verfügung vom 20. August 2024 einen Rentenanspruch der Versicherten ab.

B. Dagegen erhob A.____, vertreten durch Advokatin Dominique Flach, am 11. September 2024 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen zu erbringen; unter o/e-Kostenfolge. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte sie die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokatin Dominique Flach. Sie brachte im Wesentlichen vor, dass das Gutachten der B.____ AG vom 25. April 2024 nicht beweistauglich sei und darauf nicht abgestellt werden könne. Weiter monierte sie, dass die IV-Stelle zu Unrecht beim Invalideneinkommen keinen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn von mindestens 20 % berücksichtigt habe.

C. Mit Verfügung vom 12. September 2024 bewilligte das Kantonsgericht der Beschwerdeführerin für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokatin Dominique Flach als Rechtsvertreterin.

D. Die IV-Stelle beantragte in ihrer Vernehmlassung vom 27. November 2024 unter Hinweis auf die Stellungnahmen von pract. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 28. Oktober 2024, und Dr. med. D.____, Fachärztin Physikalische und Rehabilitative Medizin, vom 31. Oktober 2024, beide Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), die Abweisung der Beschwerde.

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 erhobene – Beschwerde der Versicherten vom 11. September 2024 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. Auf alle Rentenansprüche, die ab dem 1. Januar 2022 entstehen, finden grundsätzlich die Bestimmungen des IVG und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 sowie diejenigen des Bundesgesetzes über

den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in der ab 1. Januar 2022 gültigen Fassung Anwendung (Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9100). Aufgrund der am 10. Februar 2020 erfolgten Anmeldung zum Leistungsbezug könnte ein Rentenanspruch der Versicherten in Anbetracht der sechsmonatigen Wartezeit von Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab 1. September 2020 entstehen. Die Angelegenheit ist deshalb in Anwendung der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassungen des IVG, der IVV und des ATSG zu beurteilen. Die Bestimmungen werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

2. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 20. August 2024 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).

3.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG 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 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).

4.1 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.

4.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird 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 29 E. 1, 104 V 135 E. 2a und b).

5.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrads bildet die Frage, ob und gegebenenfalls in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

5.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und 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 versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

5.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (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 mit Hinweis).

5.4 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5).

5.5 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; Urteil des Bundesgerichts vom 6. März 2019, 9C_609/2018, E. 3.2.2). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten oder Ärztinnen 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 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des oder der therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes oder (Fach-)Ärztin einerseits und von Begutachtungsauftrag der amtlich bestellten fachmedizinischen Experten oder Expertinnen andererseits (Urteil des Bundesgerichts vom 15. April 2025, 8C_513/2024, E. 7.1 mit Hinweis auf BGE 124 I 170 E. 4) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets ins Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte oder Ärztinnen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte oder Ärztinnen wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1 mit Hinweisen).

6. Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stellen und Sozialversicherungsgerichte von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (BGE 126 V 353 E. 5b; Urteil des Bundesgerichts vom 22. März 2022, 8C_521/2021, E. 3.1.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

7.1.1 Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Zentrum der strittigen medizinischen Beurteilung steht jedoch das bidisziplinäre Gutachten der B. ____ AG vom 25. April 2024. In der Gesamtbeurteilung des Gutachtens diagnostizierten die Gutachterinnen Dr. med. E.____, FMH Rheumatologie, und Dr. med. F.____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) ein degeneratives LWS-Syndrom bei Zustand nach Laminektomie L5 rechts und Sequesterektomie am 11. Juni 2020 sowie doppelter Diskektomie L4/5 und L5/S1 links und Spondylodese L4 - S1 am 15. Februar 2021 bei myofaszialen Dysbalancen (ICD-10: M42, M47, M51 und M79) sowie (2) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Die Beschwerdeführerin sei in der angestammten Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin wegen den degenerativen Strukturveränderungen in der LWS bei einem Zustand nach zweimaliger lumbaler Operation inklusive Spondylodese und der bei dieser Tätigkeit vorhandenen Gewichtsbelastung gemäss Arbeitgeberfragebogen zum Tätigkeitsprofil nicht mehr arbeitsfähig. Die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit sei geringgradig reduziert. Es seien

jedoch quantitative und qualitative Vorgaben im Belastungsprofil sowohl aus psychiatrischer als auch aus rheumatologischer Sicht zu berücksichtigen. Demnach seien leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Wirbelsäulenzwangshaltungen möglich. Überkopfarbeiten seien nur selten, Knien, Kauern, Hocken und das Besteigen von Leitern ebenso wie das Treppensteigen seien nicht repetitiv möglich. Eine Vorhaltepositionen im Rumpf bzw. wiederholte Rumpfrotationen seien zu vermeiden. Es sollte ein ruhiger Arbeitsplatz mit flexiblen Arbeitszeiten und wenig Kundenkontakt sein. Eine solche Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin zu 80 % zumutbar.

7.1.2 Dr. E.____ berichtete im rheumatologischen Teilgutachten, dass die Beschwerdeführerin im Juni 2020 erstmalig im LWS-Bereich operiert und bei ihr eine Erweiterung des Spinalkanals lumbal vorgenommen worden sei. Eine zweite Operation habe im Februar 2021 stattgefunden und es sei eine Spondylodese von L4/5 und L5/S1 durchgeführt worden. Die Beschwerdeführerin habe erklärt, sie habe gemeinsam mit einer Kollegin bei der Arbeit 35 kg schwere Platten von Überkopf auf Bauchhöhe manövrieren müssen und dabei einen Zwick im Rücken verspürt. Weiter habe sie angegeben, vier- bis fünfmal in der Woche Kopfschmerzen (Migräne) zu entwickeln.

Dr. E.____ hielt weiter fest, dass keine entzündlich-rheumatische Grunderkrankung vorliege und die Laboranalyse keine Erhöhung der Entzündungsparameter zeige. Zudem weise keines der Gelenke eine Rötung, Überwärmung, Ergussbildung oder Kapselschwellung auf. Das Achsen skelett sowie die grossen und kleinen peripheren Gelenke seien ordentlich beweglich ohne wesentliche Funktionseinschränkung oder Bewegungsdefizite. Im linken Schulterbereich gelinge nach Aufforderung aktiv und auch passiv eine reguläre Umfangeinstellung bei der Anteversion und Elevation und es fehle eine neuroradikuläre Ausfallsymptomatik und eine Gelenksinstabilität. Die seitenvergleichende Umfangmessung ergebe keine pathologische Differenz, so dass die längerfristige Schonung eines Arms oder Beins mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könne. Die symmetrischen Krafttests würden auf sehr gutem Niveau seitengleich demonstriert. Aufgrund der aktuellen Röntgenbilder der LWS und des Schultergelenks links finde sich ein intakt liegendes Spondylodese material lumbal ohne Lockerungszeichen bei erhaltener Lendenlordose. Im Schulterbereich seien Zeichen einer AC-Gelenkarthrose und eine kleine, circa 1 cm lange gelenksseitige Partialruptur der ansatznahen Supraspinatussehne mit vermehrt peritendinöser Flüssigkeit um die lange Bizepssehne als Ausdruck einer Peritendinopathie der langen Bizepssehne, aber ohne Bursitis bei intakter Infraspinatus- und Subscapularissehne erkennbar. Diese Läsion werde aktuell erstmalig nachgewiesen. In den in der Vergangenheit durchgeführten Bildgebungen fänden sich degenerativ bedingte Veränderungen, die gemäss Aktenlage Grund für die operativen Eingriffe im Juni 2020 und Februar 2021 gewesen seien. In der Magnetresonanztomographie (MRT) der LWS vom 24. September 2019 sei eine beginnende Sequestrierung der Diskusextrusion L4/5 wahrscheinlich mit Kompression der deformierten L5-Wurzel links rezessal dargestellt. Zudem werde eine Diskusextrusion L5/S1 mit leichter Stenose S1 rechts sowie einer höhergradigen foraminalen Stenose der möglicherweise kompromittierten L5-Wurzel rechts dargestellt. In der MRT der LWS vom 5. November 2020 habe sich unverändert eine flache breitbasige, mediane rechtsbetonte Diskushernie auf Höhe L2/3 mit Tangierung der Wurzel L3 rechts rezessal ohne Kompression in der Untersuchungsposition bei Zustand nach Flavektomie/Fenestration L5 rechts gefunden. Auf Höhe L5/S1 bestünden eine flache Protrusion foraminal beidseits sowie Spondylarthrosen mit konsekutiv leichter foraminaler Enge L5 beidseits mit Tangierung der

Nervenwurzel ohne Abflachung/Kompression. Die Diskushernie auf Höhe L4/5 habe sich nicht mehr nachweisen lassen. In der MRT der LWS vom 10. Januar 2022 zeige sich auf Höhe L3/4 eine intakte Darstellung der Bandscheiben, ein weiter Spinalkanal und auch eine normal weite Neuroforamina; Hinweise auf eine Anschlussdegeneration lägen nicht vor. Der Spinalkanal imponiere weit auf den Höhen L4 bis S1, aber es komme eine relative Enge des Neuroforamens L5/S1 zur Darstellung. Eine Irritation der Nervenwurzel L5 rechts intraforaminal sei denkbar bei normalem Foramen links auf dieser Höhe. Auf Höhe L2/3 zeige sich eine Chondrose mit medialer Protrusion und Anulus fibrosus-Riss, aber keine Nervenwurzelkompression bei normal weitem Spinalkanal. In der Computertomographie (CT) der LWS vom 10. Januar 2023 sei eine ossäre Durchbauung des Facettengelenks auf Höhe L5/S1 links, ein partiell-verlegtes Neuroforamen L5/S1 rechts, aber keine spinale oder neuroforaminale Enge erkennbar. Des Weiteren verneinte Dr. E.____ das Vorliegen eines Fibromyalgiesyndroms gemäss den Kriterien des American College of Rheumatology (ACR). Die Beschwerdeführerin erfülle die Kriterien der Symptomschwere-Skala bei fehlender Tageserschöpfbarkeit oder Tagesmüdigkeit nicht. Auch ein nicht erholtet Aufwachen werde von der Versicherten nicht beschrieben. Dem Schmerz lumbal liege zudem eine Organpathologie zugrunde, womit auch der generalisierte Schmerz nicht gegeben sei und ein Fibromyalgiesyndrom nicht bestätigt werden könne. Eine Hypermobilität könne ebenfalls nicht erkannt werden bei einem Beighton-Score von 0 von 9 möglichen Punkten. Myofasziale Dysbalancen seien vereinzelt zu tasten, vor allem im Unterarm-, aber auch im Nackenbereich.

Die rheumatologischen Untersuchungsbefunde ergaben nach Bericht von Dr. E.____, dass die physiologische Beinachse, das Barfussgangbild mit normalen Umwendebewegungen, der Zehen- und Fersengang sowie der Fersenstand seitengleich sehr gut durchführbar seien. Vor allem sei der Zehengang sehr ordentlich mit einer vollständigen Aufrichtung demonstrierbar. Ein mediales und laterales Aufkanten und Gehen sei ebenfalls gut möglich, wobei dabei über lumbale Schmerzen klagt würde. Die Versicherte könne mit lumbaler Schmerzentwicklung langsam in die Hocke gehen. Sie komme auf 170 Grad und nehme auch den Zehenspitzenstand ein. Sie könne sich zudem flüssig hinknien und auch beidseitiges Knien sei für sie möglich. Sie komme mit Hilfe einer Abstützreaktion des Oberkörpers in die Standposition. Sie nehme dazu die linke Hand/den linken Arm, um den Oberkörper an der Untersuchungsfläche festzuhalten. Der Schulter- und Beckengeradstand falle ab C7 in die Rima ani. Der Einbeinstand sei von der Beschwerdeführerin beidseits wegen leichten Gleichgewichtsschwierigkeiten mit Unsicherheit demonstriert worden. Das Einbeinfedern sei ordentlich möglich, aber die Versicherte habe dadurch mehr lumbale Schmerzen angegeben. Die Beine könnten gestreckt um 90 Grad von der Untersuchungsfläche gehoben werden. Der Fersen-Gesäss-Abstand liege beidseits bei 4 cm und die Versicherte könne sich flüssig in die Bauch- und Rücklingsposition wenden. Zudem greife sie auch rücklings zu den Fersen, um diese beidseits zum Glutealbereich zu führen.

In der Konsistenz- und Plausibilitätsbeurteilung führte Dr. E.____ aus, dass bei Fehlhaltungen und Zwangsbelastungen bzw. zu grosser Gewichtsbelastung Schmerzen im lumbalen Segment entstünden. Dies sei aufgrund des Zustands nach zweimaliger Operation vor dem Hintergrund strukturell morphologischer Pathologien auf degenerativer Basis nachvollziehbar. Auch die Schmerzen im Schulterbereich links würden einleuchten und seien wegen der neu nachgewiesenen Läsion im Supraspinatusbereich inklusive Nachweises eines degenerativen Prozesses des

AC-Gelenks valide. Ebenso sei ein schmerzhaftes Blockadegefühl im LWS-Bereich bei Reinigungstätigkeiten und bei gehäuften Bücken möglich. Der Umstand, dass die Versicherte den Haushalt mit vermehrten Pausen alleine erledige, relativiere jedoch den tatsächlichen Leidensdruck. Für die darüber hinaus angegebenen Beschwerden fehle aus rheumatologischer Sicht eine Grundlage. Insbesondere sei das angegebene hohe Schmerzlevel der visuellen Analogskala (VAS) von 8 - 10 nicht schlüssig nachvollziehbar. Es fehle die gleichmässige Einschränkung in sämtlichen Aktivitätsniveaus, denn in ihrem privaten Lebensalltag erscheine die Versicherte nach eigenen Angaben gemäss Tagesablauf nicht wesentlich eingeschränkt. Sie sei auch in der Lage ihrem Hobby, dem Strasssteine-Legen, im Sitzen nachzukommen, kümmere sich um die Tochter und nehme aktiv und passiv am innerfamiliären Leben teil. Dies sei sehr erfreulich, relativiere aber den tatsächlichen Leidensdruck. Für die Medikamente Diclofenac und Novalgin gelinge aktuell der Spiegelnachweis nicht, womit die Einnahme derselben für den Zeitpunkt der Untersuchung nicht bestätigt werden könne. Dafalgan werde noch mit 0.1 mg/l marginal nachgewiesen, was bedeute, dass dieses Medikament in zeitlicher Nähe zum Untersuchungszeitpunkt eingenommen worden sei.

7.1.3 Dr. F._____ führte in ihrem psychiatrischen Teilgutachten aus, die Versicherte habe starke Rückenschmerzen angegeben und darauf hingewiesen, dass die Wirbelsäule immer wieder blockiere. Deshalb habe sie vor ein paar Tagen nicht für ihre Tochter kochen können. Die Symptomatik bestehe seit fünf Jahren. Aktuell habe sie Bauchschmerzen. Diese seien bei VAS 8 – 9/10. Manchmal ziehe der Schmerz auch in das rechte Bein und dann spüre sie dieses nicht mehr. Sie nehme Schmerzmedikamente ein und mache Physiotherapie. Sie leide unter dieser Situation und habe keine Geduld mit ihrer Tochter. Manchmal möchte sie allein in einer Ecke sein und sich zurückziehen. Sie sei eine positive Person und versuche, abenteuerlustig und optimistisch zu sein. Es gebe aber Tage, an denen sie niedergeschlagen sei und Ängste habe. Dann schaue sie ihre Tochter an und wisse, sie müsse weiter machen. Sie sei auch vergesslicher geworden und denke manchmal nicht an die Physiotherapietermine. In Bezug auf die vegetative Anamnese habe die Versicherte berichtet, sie schlafe schlecht und sie werde in der Nacht mehrfach wach wegen den Schmerzen. Seit zwei Wochen habe sie Stiche im Kopf und im Nackenbereich. Die Libido sei vermindert. Sie befinde sich nicht in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung. Sie sei noch nie in einer solchen Behandlung gewesen und nehme keine Psychopharmaka ein.

Zum Tagesablauf habe die Beschwerdeführerin erwähnt, sie stehe morgens gegen 7.00 Uhr auf und bereite das Frühstück für ihre Tochter zu. Nachdem sie selbst gefrühstückt und eine Zigarette geraucht habe, gehe sie nochmal für eine Stunde ins Bett und schlafe. Anschliessend bereite sie das Mittagessen vor, dass sie gemeinsam mit ihrer Tochter einnehme. Am Nachmittag gehe sie nach draussen, damit sie nicht den ganzen Tag allein zu Hause sei. Sie gehe zur Migros und kaufe ein paar Kleinigkeiten ein. Danach mache sie wieder etwas im Haushalt und bereite das Abendessen vor. Im Anschluss daran schaue sie TV, mache noch etwas Kreatives (Glitzerbilder) und gehe gegen 21:00 Uhr schlafen. Früher habe sie gerne Torten gestaltet. Dies könne sie nur noch zum Geburtstag ihrer Tochter machen. Montags habe sie immer ihren Washtag; dafür müsse sie in den Keller gehen. Auf entsprechende Frage habe sie angegeben, dass sie den Haushalt alleine erledige.

Zur Konsistenz- und Plausibilitätsbeurteilung hielt Dr. F._____ fest, dass die Versicherte subjektiv deutlich eingeschränkter in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit sei, als dies von der gutachterlichen Einschätzung erhebbar sei. Aufgrund der strukturierten und aktiven Alltagsaktivitäten (siehe Tagesablauf) könne die geltend gemachte Einschränkung nicht nachvollzogen werden.

Dr. F._____ gab weiter an, die Versicherte leide unter starken Schmerzen und sei deshalb manchmal reizbar, ungeduldig und auch deprimiert. Sie sei ausserdem vergesslich und schlafe wegen den Schmerzen schlecht. Während der klinischen Untersuchung habe sie sich in einem ausgeglichenen Affekt gezeigt; sie habe gelächelt und auch gelacht. Sie habe am Anfang und am Ende der Exploration zwar schmerzgeplagt gewirkt, während derselben hingegen nicht. Zudem habe sie weder Schmerzen geäussert noch eine Schonhaltung eingenommen. Die diagnostischen Kriterien gemäss ICD-10 für eine depressive Episode seien nicht erfüllt, da die deprimierte Stimmung nur intermittierend auftrete und somit das Zeitkriterium von zwei Wochen nicht erfüllt sei. Ferner hätten sich keine Hinweise auf einen verminderten Antrieb oder auf einen Interessen- oder Freudverlust ergeben. Somit seien auch die Kernsymptome einer depressiven Störung nicht gegeben. Bei der Versicherten bestünden länger als sechs Monate Schmerzen, die aufgrund einer somatischen Erkrankung entstanden seien und es läge ein ausgeprägtes Schonverhalten wegen der schmerzbezogenen Angst vor. Zudem sei sie sehr auf das Schmerzerleben fixiert und emotional belastet. Formal seien die diagnostischen Kriterien für eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erfüllt, was bedeute, dass die aktuell gezeigte psychische Symptomatik am ehesten reaktiv auf der somatischen Symptomatik entstanden zu sein scheine. Der Schmerz verursache in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Er werde nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht. Im Hinblick auf die Alltagsaktivitäten würden sich leichte Einschränkungen durch das Schmerzerleben zeigen, welche auch einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Die Versicherte berichte von einem strukturierten und aktiven Alltag. Sie habe im Sommer 2023 auch eine Flugreise in ihre Heimat Portugal unternehmen könne. Ausserdem sei bisher keine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung aufgenommen worden. Dr. F._____ diagnostizierte sodann mit Einfluss auf die angestammte Tätigkeit eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und erachtete zur Vermeidung einer weiteren Verschlechterung der Symptomatik eine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung in der Muttersprache als indiziert. Zudem sollte eine schmerzmodulierende antidepressive Medikation (Duloxetin) aufgenommen werden. Es sei aber aufgrund der chronifizierten Symptomatik von keiner wesentlichen Verbesserung durch therapeutische Massnahmen auszugehen. In einer angepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin in einem ruhigen Arbeitsplatz mit flexiblen Arbeitszeiten und wenig Kundenkontakt während 7 Stunden pro Tag in einem 80%-Pensum arbeitsfähig. Diese Einschätzung gelte ab Begutachtungszeitpunkt.

7.2 Zum Gutachten nahm RAD-Ärztin Dr. D._____ am 29. April 2024 Stellung. Es lägen keine formellen oder inhaltlichen Mängel vor. Zudem sei es schlüssig und nachvollziehbar, weshalb darauf abgestellt werden könne.

7.3 Im Rahmen des vorliegenden Verfahrens liessen sich pract. med. C.____ und Dr. D.____ verlauten. Pract. med. C.____ hielt am 28. Oktober 2024 fest, die Kritik der Beschwerdeführerin an der Herleitung der psychiatrischen Diagnose gehe fehl. Die Gutachterin habe die Aussagen der Beschwerdeführerin zu Beschwerden und Einschränkungen ausführlich erfasst, in der Untersuchung objektiviert und diese diagnostisch ausführlich gewürdigt. Mit den erhobenen Befunden hätte sie nachvollziehbar keine weiteren als die genannten Einschränkungen feststellen können. Dies habe auch ein vergleichsweise "unkompliziertes" Profil für angepasste Tätigkeiten zur Folge gehabt. Daraus sei jedoch nicht abzuleiten, dass die wenigen gefundenen Einschränkungen "nicht detailliert" beurteilt worden seien und einer Nachvollziehbarkeit entbehren würden. Zu den Vorbringen in der Beschwerde, wonach sie entgegen den Ausführungen im Gutachten keinen "aktiven Alltag" hätte, da sie heute ausser an den Geburtstagen der Tochter keine Torten mehr gestalte, wies pract. med. C.____ darauf hin, dass eine einzelne Freizeitbeschäftigung schwerlich einen krassen Widerspruch zwischen den Aussagen der Versicherten und den Einschätzungen der Gutachterin belege. Es sei ohnehin fraglich, inwieweit das Gestalten von Torten relevant für die Arbeitsfähigkeit oder als Indikator für ein aktives/passives Freizeitverhalten medizinisch bedeutsam sei. In Bezug auf die widersprüchlichen Aussagen zum Verhalten der Versicherten während der Untersuchung und der Feststellung, dass das Gutachten nicht geeignet sei, das Ausmass der Schmerzbeeinträchtigung der Versicherten darzulegen, führte der RAD-Arzt aus, dass die Beschreibungen im Gutachten vor allem zeigen würden, dass die Beschwerden variabel seien und inkonstant auftreten würden. Unabhängig von der Tatsache, dass zwischen Schonverhalten und Schonhaltung ein, wenn auch geringer, Unterschied (Schonverhalten: vorsichtiges, zögerliches Handeln, Schonhaltung: unnatürliche Körperhaltung zur Schmerzlinderung) bestehe, könne eine Diskussion über vermeintliche sprachliche Ungenauigkeiten in der gutachterlichen Beurteilung global nicht in Zweifel ziehen.

Soweit die Beschwerdeführerin vorbringe, die psychiatrische Gutachterin müsse darlegen, warum sie die Tagesmüdigkeit verneine bzw. ihre Aussagen nicht verwerte, hielt pract. med. C.____ fest, dass sich die beklagte Müdigkeit auch in der Untersuchung entsprechend hätte auswirken müssen, was sie jedoch nicht getan habe. Aus diesem Grund sei sie bei der Arbeitsfähigkeit auch nicht berücksichtigt worden. Gesamthaft sei zu empfehlen, an den bisherigen Einschätzungen festzuhalten und weiterhin auf das vorliegende Gutachten abzustellen.

RAD-Ärztin Dr. D.____ nahm am 31. Oktober 2024 zum rheumatologischen Teilgutachten und zur dagegen durch die Beschwerdeführerin erhobenen Kritik Stellung. Sie äusserte im Wesentlichen, dass das medizinischen Dossiers entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin vollständig gewesen sei, als dieses der Gutachtensstelle übermittelt worden sei. Die Versicherte sei im Rahmen der Begutachtung körperlich gründlich untersucht und es sei ein kompletter orthopädisch-rheumatologischer Status erhoben worden. Dieses Vorgehen sei jedoch im klinischen Alltag aus zeitlichen Gründen oft nicht möglich. Die Versicherte sei stets wegen ihrer Rückenbeschwerden fachärztlich untersucht worden; über funktionelle Einschränkungen der Schulter-Armfunktion habe sie nie geklagt, weshalb auch kein auffälliger Schulterbefund dokumentiert worden sei. Erst im Rahmen der systematischen und umfassenden gutachterlichen Untersuchung sei als Zufallsbefund eine endgradige und diskrete Funktionseinschränkung der linken Schulter bei bestimmten Bewegungen aufgrund degenerativer Veränderungen festgestellt worden. Hieraus auf

einen Mangel des Gutachtens zu schliessen, sei aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar. Es zeige viel mehr, dass die Gutachterin ihren Auftrag fachkorrekt erfüllt habe.

Insoweit die Beschwerdeführerin moniere, die rheumatologische Gutachterin würde die Diagnose Fibromyalgie verneinen, da die hierzu gehörigen ACR-Kriterien nicht erfüllt seien, führte Dr. D.____ aus, dass die Fibromyalgie eine Ausschlussdiagnose sei, d.h. ein multilokuläres Schmerzsyndrom ohne organisch nachweisbare bzw. erklärende körperliche Strukturpathologie. Bei der Versicherten liege eine objektiv fassbare Strukturpathologie an der Wirbelsäule vor, welche die Rückenschmerzen und die hiermit einhergehenden möglichen Störungen des Schlafs erklären. Die Schlafstörungen und die daraus mögliche Müdigkeit tagsüber seien daher nicht einer Fibromyalgie zuzuschreiben. Somit sei die Verneinung einer Fibromyalgie durch die Gutachterin schlüssig.

8.1 Die IV-Stelle stellte in der angefochtenen Verfügung bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der Arbeitsfähigkeit vollumfänglich auf die Ergebnisse des Gutachtens der B.____ AG vom 25. April 2024 ab. Sie gelangte dabei zum Schluss, dass der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin nicht mehr zumutbar sei. Hingegen sei sie bei der Ausübung einer adaptierten leichten, wechselbelastenden Tätigkeit an einem ruhigen Arbeitsplatz mit flexiblen Arbeitszeiten und wenig Kundenkontakt sowohl aus rheumatologischer als auch aus psychiatrischer Sicht zu 80 % arbeitsfähig. Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 5.5 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die 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 Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen keine vor. Das Gutachten der B.____ AG vom 25. April 2024 weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird – für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der im Zeitpunkt der Begutachtung vorhandenen Vorakten abgegeben worden, leuchtet in der Darstellung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der aktuellen medizinischen Situation ein und ist in den Schlussfolgerungen überzeugend. Die Gutachterinnen setzten sich mit den vorhandenen ärztlichen Einschätzungen auseinander, wobei zu beachten ist, dass sich in den Akten keine psychiatrischen Berichte fanden. Beide Gutachterinnen zogen für ihre Begutachtungen zudem Dolmetscherinnen in der Muttersprache der Beschwerdeführerin bei. Insgesamt bestehen entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin keine Anhaltspunkte, dass die klinischen Untersuchungen mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung als wichtigste Grundlage gutachtlicher Feststellungen und Schlussfolgerungen (Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2016, 9C_410/2016, E. 2.2.1 mit Hinweis, in: SVR 2016 IV Nr. 53 S. 178) nicht erfolgt wären. Auch die Herleitung der Zumutbarkeitsbeurteilung leuchtet ein. Diese wurde unter Berücksichtigung der Beschwerden und der Gesamtsituation der Beschwerdeführerin hergeleitet und es wird deutlich, dass sie seit September 2019 höchstens zu 20 % bei der Ausübung einer leichten adaptierten, rückschonenden Tätigkeit eingeschränkt ist.

8.2 Daran ändern die Vorbringen der Beschwerdeführerin nichts. Sie machte geltend, dass im psychiatrische Teilgutachten die Restarbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar begründet werde. So sei nicht verständlich, weshalb sie einen ruhigen Arbeitsplatz mit flexiblen Arbeitszeiten und wenig Kundenkontakt benötige. Dazu ist zunächst festzustellen, dass Dr. F.____ der Zumutbarkeitsbeurteilung auch die Ergebnisse des Mini-ICF-APP-Ratings zugrunde legte. Demnach war die Beschwerdeführerin durch die chronische Schmerzstörung bei den 13 bewerteten Fähigkeiten einzig in der Flexibilitäts- und Umstellungsfähigkeit sowie in der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit eingeschränkt. Diese Befunde fanden Eingang in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und das vorgenannte Belastungsprofil. Zudem berücksichtigte sie das von der Beschwerdeführerin geschilderte Schmerzerleben, welches eine emotionale Belastung sei und auch die berufliche Funktionalität belaste. Gestützt auf diese Erkenntnis ging die Gutachterin zu Recht davon aus, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 20% aufweist, was mangels weiterer objektivierbarer Befunde einleuchtet. Damit ist die Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin schlüssig hergeleitet und die dagegen erhobene Kritik geht ins Leere.

Die Beschwerdeführerin brachte zudem vor, sie habe entgegen der Auffassung der psychiatrischen Gutachterin keinen aktiven Alltag mehr, weil sie nur noch zum Geburtstag der Tochter und nicht mehr (wie früher), regelmässig Torten gestalten könne. Wenn sie nicht mal mehr Kuchen backen könne, könne nicht ernsthaft von einem aktiven Alltag gesprochen werden. Mit der Beschwerdegegnerin und mit Blick auf die Ausführungen des RAD-Arztes pract med. C.____ vom 28. Oktober 2024 kann aus dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin nicht mehr regelmässig Kuchen gestalten kann, kein Rückschluss auf ihre Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gemacht werden. Diese Auffassung drängt sich umso mehr auf, als sie zugleich in der Lage ist, den übrigen Alltagsaktivitäten nachzugehen. So weisen beide Gutachterinnen auf den von der Beschwerdeführerin geschilderten Tagesablauf hin, wonach sie am Morgen für die Tochter und sich selbst das Frühstück zubereite, koche, wasche, einkaufen gehe und den Haushalt selbständig erledige. Am Abend schaue sie fern und betätige sich noch kreativ, indem sie Strasssteine setze. Es ist aufgrund dieser Angaben entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin von einem beachtlichen alltäglichen Funktionsniveau auszugehen. Auch die diesbezügliche Argumentation der Versicherten geht daher fehl.

Die Beschwerdeführerin beanstandete weiter, das psychiatrische Gutachten sei widersprüchlich und nicht geeignet, das Ausmass der Schmerzbeeinträchtigung zu widerspiegeln, weil die Gutachterin widersprüchliche Verhaltensbeobachtungen während der Untersuchung beschrieben habe. Soweit sie dabei rügt, die Gutachterin habe bei der Herleitung der Diagnosen lediglich angegeben, die Beschwerdeführerin habe – abgesehen vom Aufstehen am Schluss – während der Untersuchung nicht schmerzgeplagt gewirkt, keine Schmerzäusserungen gemacht und auch keine Schonhaltung eingenommen, kann ihr mit Blick auf die Angaben im Gutachten nicht gefolgt werden. Auf Seite 47 des Gutachtens hielt Dr. F.____ klar fest, dass die Beschwerdeführerin sowohl zu Beginn wie auch am Schluss der Begutachtung schmerzgeplagt gewesen sei. Sie betonte aber auch, dass während der Untersuchung weder eine Schonhaltung eingenommen worden sei noch Schmerzäusserungen erfolgt seien. Dass die Gutachterin bei der Herleitung der Diagnosen von einem ausgeprägten *Schonverhalten* sprach, steht dazu in keinem Widerspruch,

beschrieb sie dabei – wie im Übrigen auch pract. med. C.____ nachvollziehbar in seinem Bericht vom 28. Oktober 2024 darlegt – ein vorsichtiges und zögerliches Verhalten. Demgegenüber ist eine Schonhaltung eine unnatürliche Körperhaltung zur Schmerzlinderung, welche von der Beschwerdeführerin weder während der psychiatrischen noch der rheumatologischen (vgl. Seiten 26 und 27) Untersuchung eingenommen wurde. Auch aus diesen Vorbringen kann die Beschwerdeführerin daher nichts zu ihren Gunsten ableiten.

Auch die weitere Kritik der Beschwerdeführerin vermag das psychiatrische Gutachten nicht in Frage zu stellen. So machte sie geltend, dass der schmerzbedingt erhöhte Pausenbedarf nicht berücksichtigt und auf die berichtete Müdigkeit nicht eingegangen worden sei. Betreffend den Pausenbedarf ist festzustellen, dass ein solcher bei den lediglich leichten objektivierbaren Befunden und der attestierten 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht zu Recht nicht zusätzlich zugestanden wurde. Zudem wurde im rheumatologischen Teilgutachten ausgeführt, dass eine 20%ige Leistungsminderung angenommen werden könne für Pausen und Entlastungsstellungen, so dass die Pausennotwendigkeit im Gutachten Eingang fand. Dass Dr. F.____ zudem weder eine Müdigkeit noch eine Beeinträchtigung der Konzentration oder Aufmerksamkeit im Rahmen der Zumutbarkeitsbeurteilung beachtete, ist darauf zurückzuführen, dass sie diese während ihrer Begutachtung nicht feststellen konnte. Unter diesen Umständen erscheint auch dieser Einwand nicht berechtigt.

Betreffend das rheumatologische Teilgutachten bringt die Beschwerdeführerin vor, dass sich die Gutachterin auf unvollständige Akten gestützt und das Vorliegen einer Fibromyalgie zu Unrecht verneint habe. Zum Vorwurf der Unvollständigkeit der Akten ist festzustellen, dass die IV-Stelle der Gutachtensstelle sämtliche im damaligen Zeitpunkt vorliegenden Akten überwies. Darin enthalten war eine Vielzahl Berichte der behandelnden Orthopäden des Spitals G.____ und der H.____ Klinik, welche sich mit den Rückenbeschwerden der Beschwerdeführerin befassten. Die Durchsicht dieser Unterlagen ergab jedoch, dass in keinem dieser Berichte ein Hinweis auf die während der Begutachtung geklagten und in der Folge auch abgeklärten Schulterbeschwerden zu entnehmen war. Die rheumatologische Gutachterin berücksichtigte in ihrer Beurteilung diese neuen Erkenntnisse und führte als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein degeneratives Schulterleiden links mit geringer AC-Gelenksarthrose und aktuell ein gelenksnaher kleiner partieller Einriss der Supraspinatussehne von ca. 1 cm auf. Der Vorhalt des unvollständigen medizinischen Dossiers ist daher nicht zu hören.

Auch in Bezug auf das Vorliegen einer Fibromyalgie kann der Beschwerdeführerin nicht gefolgt werden. In den vorliegenden medizinischen Berichten führte einzig der behandelnde Hausarzt Dr. med. I.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, die Fibromyalgie als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auf, wobei er auf eine konkrete Begründung dieser Diagnose verzichtete (vgl. Berichte vom 18. Februar 2020, act. 12, und vom 25. November 2020, act. 38). Die Gutachterin selbst verneinte die Diagnose einer Fibromyalgie, weil einerseits die dafür erforderlichen Kriterien nach ACR wie eine Tageserschöpfbarkeit oder Tagesmüdigkeit oder nicht erholtetes Aufwachen fehlten. Zudem führte sie aus, dass dem lumbalen Schmerz eine Organpathologie zugrunde gelegen habe, sodass das Diagnosekriterium des Widespread-pains ebenfalls nicht bejaht werden könne. Diese Begründung wurde auch von der RAD-Ärztin Dr. D.____ im Bericht

vom 31. Oktober 2024 nachvollziehbar bestätigt. Sie wies insbesondere darauf hin, dass die Fibromyalgie ein multilokuläres Schmerzsyndrom ohne organisch nachweisbare bzw. erklärende körperliche Strukturpathologie sei. Bei der Beschwerdeführerin liege aber eine objektiv fassbare Strukturpathologie an der Wirbelsäule vor, welche die Rückenschmerzen und letztlich auch die hiermit einhergehenden möglichen Störungen des Schlafs erklären würden. Somit ist die Verneinung einer Fibromyalgie durch die Gutachterin schlüssig dargelegt.

8.3 Zusammenfassend ergibt sich, dass den Ergebnissen im Gutachten der B.____ AG vom 25. April 2024 gefolgt werden kann. Die in der Beschwerde dagegen erhobene Kritik vermag daran nichts zu ändern. Weitere medizinische Abklärungen, wie sie die Beschwerdeführerin verlangt, drängen sich unter diesen Umständen nicht auf. Die damit verbundene antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (BGE 141 I 60 E. 3.3, 122 V 157 E. 1d). Demnach ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin zu 100 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Adaptierte, leichte Verweistätigkeiten sind ihr dagegen zu 80 % zumutbar.

9.1 In einem nächsten Schritt sind die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkungen zu prüfen.

9.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Bei der Ermittlung des Einkommens, welches die versicherte Person ohne Invalidität erzielen könnte (Valideneinkommen), ist entscheidend, was sie im Zeitpunkt des Rentenbeginns (hier: 1. September 2020) nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 f. E. 4.1, 129 V 224 E. 4.3.1 je mit weiteren Hinweisen). Ist ein konkreter Lohn nicht eruierbar, so können die Zahlen der Lohnstrukturerhebungen (LSE) des Bundesamts für Statistik (BFS) herangezogen werden (Urteile des Bundesgerichts vom 21. Dezember 2016, 8C_728/2016, E. 3.1 und vom 9. Juni 2015, 9C_212/2015, E. 5.4).

9.3 Im vorliegenden Fall stützte die IV-Stelle sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen auf die LSE ab. Das Valideneinkommen ermittelte sie gestützt auf den Tabellenlohn der LSE 2020, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Herstellung von Nahrungsmitteln, Kompetenzniveau 1, Spalte Frauen, Fr. 4'135.-- monatlich. Nach Anpassung dieses Betrags auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.3 Stunden x 12 ergab dies ein jährliches Einkommen von Fr. 51'233.--. Das Invalideneinkommen stellte sie unter Berücksichtigung des medizinischen Zumutbarkeitsprofils auf die LSE 2020, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Privater Sektor Total, Kompetenzniveau 1, Spalte Frauen, Fr. 4'276.-- monatlich, basierend auf 40 Wochenstunden ab. Nach Umrechnung dieses Betrags auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 x 12 Monate resultierte ein jährliches Einkommen von Fr. 53'493.-- bzw. bei einem zumutbaren Pensum von 80 % von Fr. 42'794.--. Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden und wird von der

Beschwerdeführerin auch nicht bestritten. Sie bringt in Bezug auf die Invaliditätsberechnung einzig vor, es sei ein leidensbedingter Abzug von 20 % auf das Invalideneinkommen zu gewähren.

9.4.1 Wird das Invalideneinkommen gestützt auf die LSE ermittelt, sind praxisgemäss verschiedene Abzüge zulässig. Im Entscheid 126 V 75 ff. hat das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht [EVG; heute: Schweizerisches Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] seine Rechtsprechung zu den Abzügen vom Tabellenlohn bereinigt und weiterentwickelt. Dabei hat es betont, dass die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles abhängt (leidensbedingte Einschränkung, Lebensalter, Anzahl Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), welche nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind. Dabei ist der Abzug vom statistischen Lohn unter Berücksichtigung aller jeweils in Betracht fallenden Merkmale letztlich aber auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen (BGE 126 V 75 E. 5b). Dabei sind nur Einschränkungen zu berücksichtigen, welche die versicherte Person bei der Ausübung von Verweistätigkeiten zusätzlich zur medizinisch attestierten Arbeitsunfähigkeit behindern (Urteile des Bundesgerichts vom 22. Oktober 2013, 9C_325/2013, E. 4.2 und vom 5. August 2011, 9C_436/2011, E. 3.3).

9.4.2 Vorliegend liegen keine Anhaltspunkte vor, dass die Beschwerdeführerin über die festgestellte Arbeitsunfähigkeit von 20 % hinaus zusätzlich eingeschränkt wäre. Zudem ist zu beachten, dass selbst wenn man der Beschwerdeführerin den leidensbedingten Maximalabzug von 25 % zugestehen würde, sich am Ergebnis nichts ändern würde, denn auch daraus würde ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 37 % (Fr. 51'233.-- minus Fr. 32'096.-- [Fr. 42'794.-- minus 25 %] = Fr. 19'137.-- Erwerbseinbusse) resultieren. Unter diesen Umständen erübrigen sich weitere Ausführungen betreffend die Frage der Gewährung eines leidensbedingten Abzugs.

10. Zusammenfassend steht fest, dass die IV-Stelle den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente zu Recht ablehnte. Die Beschwerde erweist sich unter diesen Umständen als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

11.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- 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 aufzuerlegen sind. Da ihr mit Verfügung vom 12. September 2024 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt wurde, werden die Verfahrenskosten auf die Gerichtskasse genommen.

11.2 Dem Prozessausgang entsprechend ist der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. In der Verfügung vom 12. September 2024 wurde ihr jedoch die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrer Rechtsvertreterin bewilligt, weshalb diese

für ihre Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte (TO) vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.-- pro Stunde. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin machte in ihrer Honorarnote vom 30. Dezember 2024 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 11 Stunden und 30 Minuten geltend, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Nicht zu beanstanden ist die geltend gemachte Spesenpauschale von 3 %. Der Rechtsvertreterin ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'560.60 (11 Stunden und 30 Minuten à Fr. 200.-- + Auslagen von Fr. 69.-- zuzüglich 8,1 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

11.3 Die Beschwerdeführerin wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

Demgemäss wird **erkannt** :

://:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten in Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

3. Eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin ein Honorar in Höhe von Fr. 2'560.60 (inkl. Auslagen und 8,1 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

Vermerk eines allfälligen Weiterzugs