

# **SO\_GERICHTE VSBES.2022.189 vom 6. Juni 2023**

SO Obergericht, 2023-06-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2022.189\\_d20230606](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.189_d20230606)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2022.189 du 6 juin 2023

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2022.189 del 6 giugno 2023

## **Regeste**

berufliche Massnahmen und Invalidenrente

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Verfügung vom 25. Juli 2022 sei aufzuheben und es seien der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen nach IVG, namentlich eine Invalidenrente, zu gewähren.

### **E. 2**

Die Beschwerdeführerin sei durch das Gericht medizinisch zu begutachten.

### **E. 3**

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4). 3.2 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-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2008, 8C\_308/2007, E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen). 3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien

Beweiswürdigung (BGE 125 V 352 E. 3a). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

#### **E. 4**

Schwerer Vitamin D-Mangel Zur Beurteilung wurde festgehalten, bei der Explorandin scheine ein subakuter Verlauf der AIP vorzuliegen mit hauptsächlich gastrointestinalen Beschwerden (Übelkeit, Bauchkrämpfe und -koliken, selten Erbrechen), daneben Müdigkeit, Schlaflosigkeit und Ängste. Die Entwicklung sei schwierig vorauszusagen, grundsätzlich könnten alle Teile des peripheren Nervensystems, aber auch das Zentralnerven-System (ZNS), betroffen sein. Bei symptomatischer Porphyrie sei das Durchhaltevermögen aufgehoben. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kassiererin in einer F.\_\_\_\_-Filiale bestehe aktuell eine theoretische 50%ige Arbeitsfähigkeit, die Einschränkung erfolge rheumatologisch. Das lumbovertebrale Schmerzsyndrom sei erheblich und opiatbedürftig. Die dauerhafte Fehlhaltung könnte im weiteren Verlauf durch zunehmende Überlastung der tiefen lumbalen Streckmuskulatur auch zu einer Zunahme der Beschwerden führen. In einer angepassten Tätigkeit bestehe folgendes Belastungsprofil: Zumutbar seien überwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit weitgehend selbstständig die Position zu wählen und der Möglichkeit, selbstgewählte Pausen einzulegen. Kein Erfordernis, regelhaft eine Zwangshaltung einzunehmen, und wenn, dann allenfalls kurz und sporadisch. Keine Witterungsexposition, keine Arbeit auf Leitern oder Gerüsten. Die Explorandin sei sehr motiviert zu arbeiten, zumal ihr Ehemann nicht mehr arbeiten könne und sie sich der Sozialhilfe schäme. Innerhalb des Belastungsprofils bestehe aktuell eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. 5.5 Mit ärztlichem Attest vom 31. August 2021 (IV-Nr. 49) führte Dr. med. C.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, aus, im Jahr 2017 sei bei der Beschwerdeführerin aufgrund diverser Beschwerden und Probleme die Verdachtsdiagnose einer akuten intermittierenden Porphyrie gestellt worden. In der Folge habe die Beschwerdeführerin ihre Arbeitstätigkeit nicht mehr aufnehmen können und sei nicht mehr regelmässig arbeiten gegangen, so dass der Arbeitsvertrag beim damaligen Arbeitgeber anfangs 2018 aufgelöst worden sei. Seither habe sie keine neue Arbeitstätigkeit aufnehmen können, weil sie unter anderem durch sehr häufige und schwere Bauchschmerz-Anfälle und Fieberschübe, welche die Krankheit akute intermittierende Porphyrie kennzeichneten, erheblich eingeschränkt gewesen sei und eine hohe Leidensintensität verspürt habe. Die geschilderten Beschwerden seien durchaus plausibel und geeignet, die Lebensqualität und insbesondere die Arbeitsfähigkeit in ausserordentlich erheblichem und ausgeprägtem Ausmass einzuschränken. Der Beschwerdeführerin sei aufgrund der schwerwiegenden Erkrankung, an der sie nachgewiesenermassen leide, eine Arbeitstätigkeit ausserhalb ab

September 2017 nicht mehr zumutbar gewesen, weshalb die Berechnung der Invalidität daher nicht der Realität entsprechen könne. Da es sich grundsätzlich um eine nicht behandelbare Erkrankung handle, für die auch keine kausalheilende Therapie bekannt sei, gehe er, Dr. med. C.\_\_\_\_, davon aus, dass die Beschwerden in Zukunft in der gleichen Intensität und Häufigkeit weiterbestehen dürften und somit von einer bleibenden und auch im gleichen Ausmass weiterbestehenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und insbesondere der Lebensqualität ausgegangen werden müsste.

5.6 Im Bericht des E.\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2021 (IV-Nr. 59, S. 6) wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe sich selbst auf der Notfallstation vorgestellt. Seit vier Jahren bestehe eine akute intermittierende Porphyrie, dabei habe die Beschwerdeführerin immer wieder abdominale Beschwerden gehabt. Nun habe sie seit drei Tagen länger andauernde diffuse Bauchschmerzen, zudem vor zwei Tagen auch wässrige Diarrhoe gehabt und heute erbrechen müssen. Keine Blutbeimengung. Kein Fieber gehabt. Laboranalytisch sei das Bauchlabor mit Leber, Pankreas und Gallenparameter gänzlich blande gewesen. Auch sonographisch hätten sich keine Auffälligkeiten gefunden. In Zusammenschau sehe man die Beschwerden im Rahmen der bekannten Porphyrie. Auf der Notfallstation Beginn mit Glucose: Im Verlauf deutliche Besserung der Beschwerden und Patientenwunsch für Austritt nach Hause.

5.7 Im Bericht vom 17. November 2021 (IV-Nr. 59, S. 4) hielt Dr. med. C.\_\_\_\_, Innere Medizin, FMH, fest, die Beschwerdeführerin leide unter zunehmend einschränkenden Beschwerden, die eine neue Begutachtung rechtfertigten. Seit der letzten Beurteilung sei es zu einer Verschlechterung gekommen. Die Beschwerdeführerin leide nun unter imitierenden (gemeint wohl: intermittierenden) Schüben ihrer AIF Erkrankung, diese träten meist mehrere Wochen hintereinander auf und gingen mit akuten, extrem schmerzhaften Krämpfen einher, welche oft mehrere Stunden am Tag andauerten. Die Häufigkeit sei aktuell bei ca. 2 - 4 Tagen pro Woche. Die Krämpfe zeigten sich wie folgt: Schmerzhafte Krämpfe an Beinen, Händen und den Fingern, sowie kolikartige Bauchkrämpfe, manchmal mit Fieber, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall und ebenso mit Gedächtnislücken während des Krampfes. Nach einem Krampf sei die Beschwerdeführerin sehr geschwächt, zitterig, müde und erschöpft. Auch Lähmungserscheinungen, Sprachfehler und Gedächtnislücken träten nach einem Krampfanfall auf. Durch diese stark zunehmende, belastende Situation sei die Depression verstärkt worden. Angstzustände hätten stark zugenommen, umso mehr die Angst vor dem nächsten Krampf. Ebenso plagten die Beschwerdeführerin Panikattacken, Existenzängste, Konzentrationsprobleme, Vergesslichkeit und ständige Erschöpfung. Sie sei nicht mehr in der Lage, selbständig den Haushalt zu führen, weshalb sie Hilfe vom Entlastungsdienst erhalte.

5.8 Med. pract. G.\_\_\_\_, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in seiner Stellungnahme vom 18. März 2022 (IV-Nr. 63) aus, im ärztlichen Attest von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 31. August 2021 seien keine neuen Diagnosen genannt worden. Es handle sich hier um eine andere Beurteilung desselben medizinischen Sachverhaltes. Dass derartige Attacken aufträten liege im Wesen dieser Erkrankung (deshalb heisse sie ja «akut intermittierend») und sei von den Gutachtern bereits entsprechend berücksichtigt worden. Somit lägen keine veränderten gesundheitlichen Verhältnisse vor, weshalb auch kein Grund für ein medizinisches Verlaufsgutachten vorliege. Des Weiteren sei im Gutachten festgehalten worden, dass das Durchhaltevermögen bei symptomatischer Porphyrie aufgehoben sei. Diese Tatsache sei im Belastbarkeitsprofil im Rahmen der von den Gutachtern beurteilten Arbeitsunfähigkeit von 50 % berücksichtigt worden. Sodann sei der Bericht des E.\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2021 der einzige Bericht einer medizinischen Behandlung in einem Spital bezüglich der Porphyrie,

der dem Hausarzt und dem Rechtsanwalt seit den gutachterlichen Untersuchungen (21. November 2019 und 26. Februar 2020) vorliege (sonst hätten sie andere vorliegende Berichte sicherlich ebenfalls eingereicht). Daraus erscheine daraus ableitbar, dass mindestens 21 Monate lang keine Behandlung im Spital wegen Beschwerden im Zusammenhang mit der Porphyrie erforderlich gewesen sei. Laboranalytisch und sonografisch hätten sich keine Auffälligkeiten gefunden. Es sei eine sehr einfache und gleichzeitig so gut wirksame Behandlung erfolgt, dass die Versicherte auf eigenen Wunsch noch am selben Tag wieder nach Hause ausgetreten sei. Des Weiteren habe der Hausarzt in seinem ärztlichen Attest vom 17. November 2021 intermittierende Schübe von oft mehrstündiger Dauer am Tag beschrieben, an damals ca. 2 - 4 Tagen / Woche. Seinen Angaben nach träten auch schmerzhafte Krämpfe an Beinen und Händen, sowie Lähmungserscheinungen, Sprachfehler und Gedächtnislücken nach einem Krampfanfall auf, was zwar im Rahmen einer AIP medizinisch durchaus möglich sei, jedoch im hier vorliegenden Fall zuvor so nicht berichtet worden sei. Auch nicht im obengenannten Bericht des E. \_\_\_ vom 18. Oktober 2021. Obwohl sodann mehrfach von verschiedener Seite auf die hier vorliegenden erheblichen psychosozialen Belastungsfaktoren hingewiesen worden sei und der Hausarzt in seinem Attest vom 17. November 2021 eine erhebliche Zunahme einer psychiatrischen Beschwerdesymptomatik beschrieben habe, scheine bis anhin keine fachärztlich psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zu erfolgen. Die zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten schienen nicht ausgeschöpft zu sein. Da der Hausarzt in seinem ärztlichen Attest vom 17. November 2021 gleichzeitig um eine neue Begutachtung gebeten habe, die nach Ansicht des RAD aus den anderen vorliegenden Unterlagen bisher nicht medizinisch begründet werden könne, empfehle der RAD folgendes weiteres Vorgehen: Beim Hausarzt solle der vollständige Karteikartenauszug der Versicherten aus dem Zeitraum von Mitte 2020 bis heute eingeholt werden, um seine Angaben bestmöglich nachvollziehen zu können. Zudem solle dort nach weiteren behandelnden Ärzten (letzte 12 Monate) gefragt werden, mit der Bitte um Zusendung möglicherweise vorhandener Facharztbefunde. Insbesondere solle auch die Frage gestellt werden, ob aktuell eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung stattfinde, oder in den letzten zwei Jahren stattgefunden habe. 5.9 Aus der von Dr. med. C. \_\_\_ am 6. April 2022 eingereichten Krankengeschichte der Beschwerdeführerin (IV-Nr. 65, S. 6) sind folgende, für den vorliegenden Fall wesentliche Einträge enthalten: 18. Juni 2021: Die Beschwerdeführerin habe in den letzten Monaten wiederholt Bauchkrämpfe gehabt und liege dann einige Stunden im Bett, habe aber nicht ins Spital gehen wollen, habe dann Traubenzucker genommen und sei nach mehreren Stunden Schlaf und Beschwerden total erschöpft gewesen. Der Ehemann sei schwer an einer nekrotisierenden Fasziiitis erkrankt gewesen. Die Beschwerdeführerin sei auch psychisch schwer angeschlagen. Sie habe eine Tochter mit Asperger-Syndrom und einen schwer kranken Ehemann. Sie sei insgesamt zweimal in [...] am E. \_\_\_ gewesen. Sie habe keine Verstopfung, sondern Durchfälle und auch erheblich Schüttelfröste und steigende Temperatur.

## **E. 9**

August 2021: Notfallbericht H. \_\_\_ vom 8. August. 2021. D: Schulterschmerz rechts (adominant), progrediente Funktionseinbusse nach Sturz vom 16. Juli 2021. DD komb. Rotatorenmanschettenläsion, Rx Schulter. Röntgenbilder: Schulter rechts 8. August 2021 Chronische Tendinitis humeroscapularis calcarea rechts.

### **E. 9.1**

Nachfolgend ist der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich zu prüfen. 9.1.1 Die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 50 % gilt ab dem Zeitpunkt der vollständigen Rückkehr in den Arbeitsprozess, bzw. Aufnahme der Tätigkeit im F. \_\_\_ im Jahr 2015 (gemäss Arbeitgeberfragebogen per 9. November 2015; IV-Nr. 15). Das Wartejahr ist somit per 1. November 2016 abgelaufen. Sodann hat sich die Beschwerdeführerin am 1. März 2018 zum Bezug von Rentenleistungen angemeldet. Somit könnte ein allfälliger Rentenanspruch in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab 1. September 2018 entstehen, womit das in diesem Zeitpunkt – und vor dem 1. Januar 2022 – geltende Recht anwendbar ist.

### **E. 9.1.2**

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

9.2 Die von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 25. Juli 2022 angewandten Validen- und Invalideneinkommen sind – vorbehältlich eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohns (s. E. II. 9.3 hiernach) – nicht zu beanstanden. 9.3 Wird das Invalideneinkommen – wie hier der Fall – auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C\_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb - cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C\_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Die Beschwerdegegnerin hat keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Ob sich ein solcher rechtfertigt, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht mit voller Kognition zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 am Anfang). Anders als bei der Bemessung eines vom Versicherungsträger gewährten Abzuges, welcher der Angemessenheitsprüfung unterliegt, ist das Gericht nicht gehalten, eine gewisse Zurückhaltung walten zu lassen. Im vorliegenden Fall ist die Beschwerdeführerin gemäss D. \_\_\_-Gutachten zu 50 % arbeitsfähig. Daraus resultiert jedoch kein Abzug. So verdienen Frauen ohne Kaderfunktion in einem Pensum von 50 - 74 % im Verhältnis sogar mehr als Frauen in einem Vollzeitpensum (vgl. monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Beschäftigungsgrad,

beruflicher Stellung und Geschlecht, 2018, T18). Jedoch ergibt sich aus der Tabelle T12\_b der LSE 2018, dass in diesem Jahr Frauen der Kategorie «ohne Kaderfunktion» und mit Aufenthaltbewilligung C (Median) – wozu die Beschwerdeführerin gemäss Aktenlage zählt (vgl. IV-Nr. 2) – im Vergleich zum Total von Schweizern und Ausländern der gleichen Kategorie einen geringeren Lohn erzielten. Dieser Umstand ist im Rahmen des Abzugs zu berücksichtigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_332/2022 vom 19. Oktober 2022 E. 5.2.2.2 vom 4. November 2022 E. 4.3.2). Des Weiteren wird im polydisziplinären D.\_\_\_\_-Gutachten vom 12. August 2018 folgendes Zumutbarkeitsprofil statuiert: Zumutbar sei eine überwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit weitgehend selbstständig die Position zu wählen und der Möglichkeit selbstgewählte Pausen einzulegen. Kein Erfordernis, regelhaft eine Zwangshaltung einzunehmen, und wenn, dann allenfalls kurz und sporadisch. Keine Witterungsexposition, keine Arbeit auf Leitern oder Gerüsten. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung umfasst der Tabellenlohn im vorliegend für das Invalideneinkommen anwendbare Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb alleine deswegen kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_870/2011 vom 24. August 2012 E. 4.1 mit Hinweisen). Das Zumutbarkeitsprofil der Beschwerdeführerin erscheint denn auch nicht derart eingeschränkt, als dass sich aufgrund dessen ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug rechtfertigen würde. Schliesslich sind rechtsprechungsgemäss regelmässig wiederkehrende krankheitsbedingte Absenzen vom Arbeitsplatz zwar grundsätzlich bei der Festlegung des zeitlich zumutbaren Umfangs der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen. Ausnahmsweise können indes nicht vorhersehbare und schwer kalkulierbare Absenzen, wie sie durch Krankheitsschübe verursacht werden, einen Tabellenlohnabzug rechtfertigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_439/2020 vom 18. August 2020 E. 4.5.2 mit Hinweisen). Bejaht wurde eine Konstellation der letztgenannten Art etwa bei akut auftretenden psychotischen Schüben (Urteil 9C\_439/2020 vom 18. August 2020 E. 4.5.2 f.), bei rezidivierenden abdominalen Beschwerden (Urteil 8C\_179/2018 vom 22. Mai 2018 E. 4.2), bei schubweise auftretenden Atembeschwerden infolge Asthmas (Urteil 9C\_728/2009 vom 21. September 2010 E. 4.3.1, in: SVR 2011 IV Nr. 31 S. 90) sowie bei Panikattacken (Urteil 9C\_462/2007 vom 25. Januar 2008 E. 3.2.2). Als ebenfalls einen Abzug rechtfertigend wertete das Bundesgericht ferner den Umstand, dass ein Versicherter wegen einer Harnblasenfunktionsstörung mehrmals am Tag einen Katheter zur Ableitung des in der Blase angesammelten Urins verwenden musste (Selbstkatheterisierung [Urteil 9C\_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.3.2 f.]). Schliesslich wurde ein Abzug bei Schüben des Morbus Crohn im Sinne von tagsüber auftretenden Durchfallattacken gewährt (Urteil 9C\_42/2022 vom 12. Juli 2022). Vorliegend gab die Beschwerdeführerin gegenüber den D.\_\_\_\_-Gutachtern zur Häufigkeit der Attacken an, diese seien nicht vorsehbar, sie seien sehr unregelmässig (1 - 2 Mal / Woche und dann wieder eine ganze Woche nichts). Die Attacken seien etwas weniger heftig, seit sie damit umzugehen wisse (sofortige Zuckerzufuhr in Form von Cola oder andern Süssgetränken). Die Dauer der Attacken sei relativ kurz, 5 - 20 min, sie könnten aber auch länger dauern. Heftige Attacken, die eine Hospitalisation notwendig gemacht hätten, habe sie in letzter Zeit keine gehabt. Sie müsse sich aber nach jeder Attacke hinlegen, um sich zu erholen (vgl. IV-Nr. 41). Der letzte Krampfanfall sei vor ein paar Tagen aufgetreten, als sie in der Küche gestanden sei und für ihre Tochter ein Butterbrot geschmiert habe. Der Schmerz sei so intensiv, der «haut einem um». Sie habe zwei Geburten hinter sich, aber diese Bauchkrämpfe seien schmerzhafter als Wehen. Sie gehe dann wirklich in die Knie. Sie

müsse dann liegen und abwarten, dabei aber die Zeit stoppen, denn ihr sei gesagt worden, dass sie nicht länger als 25 Minuten warten solle, dann müsse sie notfallmässig ins Spital, um Infusionen mit Glykose zu erhalten. Wenn das nicht helfe, gäbe es noch ein Medikament, das man ihr geben könne (Häm-Arginat). Hinterher sei sie total erschöpft, dann sitze sie nur noch, trinke viel (weil sie sich vorstelle, das tue gut), sie könne dann nicht viel machen, auch nicht mit den Kindern. Wenn der Krampf am Morgen auftrete, dann sei sie eventuell am Nachmittag / Abend wieder auf den Beinen. Wenn dieser am Nachmittag oder Abend auftrete, dann erhole sie sich an dem Tag nicht mehr (IV-Nr. 41, S. 20). Zur Häufigkeit der Porphyrie-Schübe machten die Gutachter im D. \_\_\_-Gutachten keine weiterführenden Angaben. Im gastroenterologischen Teilgutachten wurde diesbezüglich lediglich ausgeführt, bei aktuell subakutem Verlauf bestehe keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, dies könne sich im Verlauf ändern. Zudem wurde in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung diesbezüglich ergänzend festgehalten, bei symptomatischer Porphyrie sei das Durchhaltevermögen aufgehoben (vgl. IV-Nr. 41, S. 6). Die bisherige Häufigkeit der Schübe kann aufgrund der vorliegenden Unterlagen und der anamnestischen Angaben nicht mit Sicherheit eruiert werden. Aufgrund der unbestrittenermassen schubweise auftretenden Porphyrie, welche von den D. \_\_\_-Gutachtern bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht mitberücksichtigt wurde, rechtfertigt sich somit zusätzlich ein Abzug vom Tabellenlohn. Zwar hat sich das Bundesgericht bezüglich der Höhe des in diesem Zusammenhang vorzunehmenden Abzugs nicht abschliessend geäussert. Aus der vorstehend aufgeführten Kasuistik ist aber ersichtlich, dass in den Fällen, in welchen die Höhe für einen solchen Abzug zu beziffern war, jeweils ein 10%-Abzug vorgenommen wurde (so in den Urteilen 9C\_439/2020, 8C\_179/2018 und 9C\_42/2022). Dies erscheint denn auch gerechtfertigt, nachdem es sich eben um nicht vorhersehbare, schwer kalkulierbare und damit nicht konkret zu beziffernde Absenzen handelt, welche aber bei einem potentiellen Arbeitgeber entsprechendes Entgegenkommen voraussetzen. Somit ist der Abzug unter Einbezug des vorgenannten Abzugsgrunds – Aufenthaltskategorie – gesamthaft auf 15 % zu beziffern. Insofern die Beschwerdeführerin schliesslich geltend macht, vorliegend seien die Wechselwirkungen zwischen Haushalts- und Erwerbstätigkeit zu berücksichtigen, ist darauf hinzuweisen, dass mit der seit 1. Januar 2018 gemäss Art. 27 bis IVV neu eingeführten Berechnungsmethode automatisch sichergestellt wird, dass die Wechselwirkungen zwischen Erwerbstätigkeit und Haushalt im Hinblick auf eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf konsequent berücksichtigt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_445/2019 vom 12. November 2019 E. 4.3). Demnach kann deswegen kein weiterer Abzug vorgenommen werden. Bei einem Abzug von 15 % (Invalideneinkommen CHF 23'239.85 [CHF 27'341.00 abzüglich 15 %], Valideneinkommen CHF 56'433.00) ergibt sich im ausserhäuslichen Bereich ein Invaliditätsgrad von gerundet 59 % bzw. bei einem Anteil ein 40 % ein Invaliditätsgrad von 23.6 %. Daraus resultiert zusammen mit dem Invaliditätsgrad im Haushaltsbereich von anteilmässig 14.4 % ein Invaliditätsgrad von 38 % und damit kein Rentenanspruch. 10. 10.1 Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. 10.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 10.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, welche mit dem bereits geleisteten

Kostenvorschuss verrechnet werden.

## E. 11

Oktober 2021: Die Beschwerdeführerin habe einen Bericht der IV bekommen. Sie sei nicht einverstanden und meine wegen Verschlechterung des Zustandes eine neue Beurteilung zu bekommen. Sie könnte ev. eine neue Beurteilung verlangen, wenn sich die Situation verschlechtert hätte. Die Beschwerdeführerin habe wenig Gefühl in den Händen und habe Mühe gehabt, etwas in den Händen zu behalten und auch beim Sprechen teilweise Schwierigkeiten. Krämpfe würden auch deutlich länger anhalten. Auftreten auch wöchentlich. Lebe ständig mit der Angst, dass an dem Tag wieder etwas passieren würde. Anmeldung der Beschwerdeführerin: I. \_\_\_ Überweisungsbericht gesendet. 5.10 Mit Stellungnahme vom 3. Mai 2022 (IV-Nr. 71) führte med. pract. G. \_\_\_, RAD, aus, aus den neu eingegangenen Unterlagen ergebe sich, dass die Versicherte zwar am 11. Oktober 2021 an die I. \_\_\_ [...] überwiesen worden sei, dort aber kein Termin stattgefunden habe, und die Versicherte auch nicht anderswo psychiatrisch-psychotherapeutisch betreut werde. Aus der von Hausarzt Dr. C. \_\_\_ dokumentierten Krankengeschichte sei objektiv keine Befundverschlechterung ableitbar, die Zweifel an der von den Gutachtern beurteilten Arbeitsfähigkeit begründen könnte. Nach Ansicht des RAD sei stattdessen aus der Eintragung vom 11. Oktober 2021 ableitbar, dass die Versicherte ihrer Unzufriedenheit mit dem Ergebnis der medizinischen Begutachtung Ausdruck gegeben habe, und in diesem Rahmen gleichzeitig eine Befundverschlechterung beklagt habe, weil sie gemeint habe, dann eine neue Beurteilung verlangen zu können und auch zu bekommen. Aus den neuen medizinischen Unterlagen könnten jedoch keine Anhaltspunkte entnommen werden, die eine andere Arbeitsunfähigkeit rechtfertigten als die vom RAD in der Stellungnahme vom 22. Oktober 2020 angenommene. Es sei keine neue fachärztliche Beurteilung notwendig.

6. Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre D. \_\_\_-Gutachten vom 12. August 2020 (IV-Nr. 41), weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. 6.1 Im rheumatologischen Teilgutachten (IV-Nr. 41, S. 49) wurde ausgeführt, aus rheumatologischer Sicht lasse sich ein Lumbovertebral-Schmerzsyndrom diagnostizieren. Kriterien hierfür seien der Schmerz in der Lumbosakral-Region ohne Ausstrahlung über das Gesäss hinaus. Es zeige sich eine Fehlhaltung mit deutlicher Anteklinierung nach ventral und eine Druckempfindlichkeit in der durch diese Haltung chronisch überlasteten tief lumbosakralen Muskulatur. Allerdings führe ein Aufrichten in die Vertikale zu einer weiteren Schmerzzunahme, was für eine Beteiligung der Facettengelenke spreche. Es bestünden relevante degenerative Veränderungen am Achsenskelett. Das Schmerzsyndrom habe ein erhebliches Ausmass, müsse es doch mit chronischer Opiat-Medikation kontrolliert werden. Allerdings fühle sich die Explorandin durch dieses Schmerzsyndrom nicht in der Ausübung ihrer bisherigen angestammten Tätigkeit eingeschränkt. Sie sei als Springer / Aushilfe in einem Lebensmittelhandel (F. \_\_\_) eingesetzt worden. Hier habe man auf ihre fehlende Belastbarkeit Rücksicht genommen und sie hauptsächlich an der Kasse eingesetzt, was ihr gut möglich gewesen sei. Limitierend für ihre Arbeitsfähigkeit seien gemäss ihren Angaben die Symptome der akuten intermittierenden Porphyrie und die mit der Krankheit einhergehende Erschöpfung. Auch der vorbehandelnde Rheumatologe Dr. J. \_\_\_ / [...] und der Neurochirurg Dr. B. \_\_\_ fänden ein Lumbovertebral-Syndrom und keinen Hinweis auf eine lumboradikuläre Problematik. Gemäss Ansicht des Gutachters bestehe auch eine muskuläre Dekonditionierung, eine deutliche Fehlhaltung und eine wahrscheinlich facetogene Komponente. Aus allgemein-internistischer Sicht, die sich im Zuge der

Exploration gewinnen lasse, stünden im Beschwerdebild eine starke Erschöpfung und Depressivität im Vordergrund, die die Explorandin überwältigten und lähmten und eine Ohnmacht gegenüber der Stoffwechselerkrankung. Eine detaillierte Aufschlüsselung und Würdigung dieser Aspekte erfolgten im internistischen und psychiatrischen Gutachten. Gestützt auf die vorgehenden Ausführungen und Diagnosestellung, welche in Übereinstimmung mit den Vorakten stehen, vermag sodann auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu überzeugen: Das Lumbovertebral-Syndrom beschränke die axiale Belastungsfähigkeit und die Sitz-Ausdauer der Explorandin. Es seien nur noch leichte Hebe- und Tragearbeiten möglich. Zwangspositionen könnten allenfalls kurz eingenommen werden und müssten die Ausnahme bilden. Überwiegend sitzende Tätigkeiten mit der Möglichkeit zum Belastungswechsel und der selbstständigen Positionswahl würden favorisiert. Die mögliche Gesamtarbeitsdauer pro Tag sei auf halbtags begrenzt. In der bisherigen Tätigkeit als Kassiererin in einem F.\_\_\_\_ bestche aktuell eine 50%ige Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht. Das lumbovertebrale Schmerzsyndrom sei von erheblicher Schwere ohne Ansprechen auf die fachgerechte Standardtherapie und opiatbedürftig. Die dauerhafte Fehllhaltung könnte im weiteren Verlauf durch zunehmende Überlastung der tiefen lumbalen Streckmuskulatur auch zu einer Zunahme der Beschwerden führen. Diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gelte ab dem Zeitpunkt der vollständigen Rückkehr in den Arbeitsprozess, bzw. Aufnahme der Tätigkeit im F.\_\_\_\_ im Jahr 2015. Die bisher ausgeübte Tätigkeit entspreche einer angepassten Tätigkeit. Eine ideal angepasste Tätigkeit sei eine überwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit, weitgehend selbstständig die Position zu wählen, und der Möglichkeit, selbstgewählte Pausen einzulegen. Kein Erfordernis, regelhaft eine Zwangshaltung einzunehmen, und wenn, dann allenfalls kurz und sporadisch. Keine Witterungsexposition, keine Arbeit auf Leitern oder Gerüsten. Leistungsfähigkeit: Innerhalb des Belastungsprofils bestehe eine volle Leistungsfähigkeit halbtags (Pensum 50 %). Auf das beweiserwertige rheumatologische Teilgutachten kann somit abgestellt werden. 6.2 Im gastroenterologischen Teilgutachten (IV-Nr. 41, S. 41) wurde festgehalten, die akute intermittierende Porphyrrie (AIP) beruhe auf einem Mangel des Enzyms Porphobilinogen-Deaminase, der zu einer Anreicherung der Häm-Vorläufer Aminolävulinsäure und von Porphobilinogen in der Leber führe. Die Krankheit werde über ein einzelnes verändertes Gen von einem der Elternteile ererbt. Das normale Gen vom anderen Elternteil Sorge dafür, dass etwa halb so viel Enzym wie normal vorhanden sei, was ausreiche, um normale Mengen von Häm zu produzieren. Die meisten Menschen mit einem Mangel an Porphobilinogen-Deaminase bekämen nie Symptome. Es gebe verschiedene Faktoren, welche Symptome fördern und einen Anfall verursachen könnten: Hormonelle Veränderungen bei Frauen, Medikamente (Geschlechtshormone, Barbiturate, Sulfonamid-Antibiotika), eine kalorienarme, kohlenhydratarme Ernährung, Alkohol, Infektionen oder emotionale Belastungen. Gewöhnlich spiele eine Kombination von Faktoren bei der Verursachung eines Anfalls zusammen. Manchmal könnten die Faktoren, die einen Anfall auslösten, nicht festgestellt werden. Die Anfälle seien bei Frauen häufiger, insbesondere in Zeiten hormoneller Umstellungen (z.B. in der zweiten Phase des Menstruationszyklus, bei Gebrauch oraler Kontrazeptiva, in den ersten Schwangerschaftswochen oder in der Zeit direkt nach der Geburt). Bei der Explorandin scheine ein subakuter Verlauf vorzuliegen mit hauptsächlich gastrointestinalen Beschwerden (Übelkeit, Bauchkrämpfe und -koliken, selten Erbrechen), daneben Müdigkeit, Schlaflosigkeit und Ängste. Die Entwicklung sei schwierig vorauszusagen,

grundsätzlich könnten alle Teile des peripheren Nervensystems, aber auch das ZNS, betroffen sein. Da das Risiko für Leberkrebs bei Personen mit akuter intermittierender Porphyrie erhöht sei, müssten Betroffene mindestens einmal pro Jahr auf Leberkrebs (HHC) gescreent werden. Sodann habe die Beschwerdeführerin zur Häufigkeit der Attacken angegeben, diese seien nicht vorsehbar, sie seien sehr unregelmässig (1 - 2 Mal / Woche und dann wieder eine ganze Woche nichts). Die Attacken seien etwas weniger heftig, seit sie damit umzugehen wisse (sofortige Zuckerzufuhr in Form von Cola oder anderen Süssgetränken). Die Dauer der Attacken sei relativ kurz, 5 - 20 min, sie könnten aber auch länger dauern. Heftige Attacken, die eine Hospitalisation notwendig gemacht hätten, habe sie in letzter Zeit keine gehabt. Sie müsse sich aber nach jeder Attacke hinlegen, um sich zu erholen. Gestützt auf diese anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin vermag die gutachterliche Schlussfolgerung zu überzeugen, wonach aus strikt gastroenterologischer Sicht bei aktuell subakutem Verlauf keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, dies könne sich im Verlauf ändern. Entgegen der Ansicht von Med. pract. G.\_\_\_\_, RAD, in seiner Stellungnahme vom 18. März 2022 (IV-Nr. 63) wurden die Porphyrie-Schübe im Belastbarkeitsprofil im Rahmen der von den D.\_\_\_\_-Gutachtern beurteilten Arbeitsunfähigkeit von 50 % damit nicht im Sinne einer zusätzlichen qualifizierten Einschränkung berücksichtigt. Die Reduktion der Arbeitsfähigkeit resultiert gemäss den Gutachtern alleine aus rheumatologischer Sicht (vgl. IV-Nr. II. 5.4). Da es sich hierbei nicht um – in zeitlicher Hinsicht – klar bezifferbare krankheitsbedingte Absenzen vom Arbeitsplatz handelt, ist dies nicht zu beanstanden. Indes können nicht vorhersehbare und schwer kalkulierbare Absenzen, wie sie durch Krankheitsschübe verursacht werden, allenfalls einen Tabellenlohnabzug rechtfertigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_439/2020 vom 18. August 2020 E. 4.5.2 mit Hinweisen). Dies wird unter E. II. 9.3 hiernach geprüft. Auf das beweiswertige gastroenterologische Teilgutachten ist somit abzustellen. 6.3 Im internistischen Teilgutachten (IV-Nr. 41, S. 19) wurde ausgeführt, für die Explorandin stünden anamnestisch die gastroenterologischen Beeinträchtigungen bei akuter intermittierender Porphyrie im Vordergrund. Sie erhalte ein Antidepressivum (Escitalopram) und ein Anxiolytikum (Gabapentin) durch den Hausarzt, eine fachärztliche psychiatrische Beurteilung sei bis anhin nicht erfolgt. Es werde auf das psychiatrische Fachgutachten verwiesen. Seit der lumbalen Rückenproblematik bestehe ein Opiatkonsum, es werde auf das rheumatologische Gutachten verwiesen. Die von der Explorandin geschilderte erhöhte Erschöpfung werde von ihr selbst mit Schlafmangel, der unbehandelt sei, erklärt. In der aktuellen Laboruntersuchung zeige sich mit  $<9 \text{ nmol/l}$  (ausreichender Spiegel  $>50$ ) ein schwerer Vitamin D-Mangel, eine Substitution sei zu empfehlen. Die übrigen Laborparameter, insbesondere die Leberwerte, zeigten sich in der Norm, das erniedrigte Albumin dürfe in Zusammenhang mit der Ernährung der Explorandin stehen, der Wert sollte kontrolliert werden. Gestützt auf diese Ausführungen ist es nicht zu beanstanden, dass die Gutachterin aus internistischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt hat. Auf das beweiswertige internistische Teilgutachten kann demnach abgestellt werden. 6.4 Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 41, S. 28) wurde festgehalten, die körperlichen Beschwerden wie Bauchkrämpfe, Fieber, Erschöpfungsgefühl hinderten die Beschwerdeführerin immer wieder an der Arbeit. Die Einschränkungen durch die Porphyrie-Schübe dauerten jeweils ca. zwei Wochen, anschliessend habe sie an den Arbeitsplatz zurückkehren können, sei jedoch nach kurzer Zeit immer wieder erkrankt. Durch die daraus resultierende private und berufliche Situation habe sich die Explorandin stark belastet gefühlt und in diesem Zusammenhang ein

depressives Syndrom entwickelt, das vermutlich die Kriterien einer mittelschweren depressiven Episode erfüllt habe. Ausserdem träten anhaltende Ängste auf in Form von Erwartungsangst von Bauchkrämpfen oder hilflosen Zuständen sowie Angst vor Nahrungsaufnahme und deren Konsequenzen. Sehr besorgt sei sie um den Gesundheitszustand ihres Ehemannes und der Tochter. In diesem Rahmen hätten sich die Ängste der Explorandin bis hin zu Panikattacken gesteigert, die von der aktuellen Häufigkeit jedoch nicht die Kriterien für eine Panikstörung erfüllten. Die Verschreibung von Escitalopram durch den Hausarzt sei sicher sehr hilfreich in dieser Situation gewesen und habe die Explorandin symptomatisch entlasten können. Die psychischen Symptome seien Folge von einer somatischen Erkrankung und deren psychosozialen Folgen. Als die Explorandin ein depressives Syndrom entwickelt habe, habe ihr der Hausarzt Escitalopram verschrieben und dessen Dosis auf 20 mg gesteigert. Diese Behandlung habe die Explorandin als sehr hilfreich empfunden, sie sei affektiv stabiler geworden, habe nicht mehr so viel weinen müssen und sei weniger pessimistisch gewesen. Als dann noch Angstsymptome hinzugetreten seien und sich bis zu Panikattacken gesteigert hätten, habe die Explorandin durch die Einnahme von Pregabalin (zurzeit 50 mg täglich) auch eine deutliche Entlastung erlebt. Bisher habe noch keine psychotherapeutische Behandlung stattgefunden. Diese könnte zur Bewältigung von Stress, Ängsten, Schicksalsschlägen und weiteren psychosozialen Belastungen nützlich und hilfreich sein. Die Explorandin habe sich im Lauf des Lebens gegenüber Belastungen anpassungsfähig gezeigt. Doch in den vorgegangenen drei Jahren hätten die eigene Erkrankung und die psychosozialen Belastungen wie Erkrankung des Ehepartners und der Tochter, eigener Arbeitsplatzverlust, Arbeitsplatzverlust des Mannes, angespannte finanzielle Situation ihre Bewältigungsstrategien überschritten. Die Explorandin sei eine pragmatische und realistische Person, die versuche, aus den Belastungen und Zumutungen des Lebens das Bestmögliche zu machen. Sodann erhob die psychiatrische Gutachterin folgende Befunde: Die Explorandin sei wach, bewusstseinsklar, allseits orientiert. Im Kontakt sei die Explorandin freundlich und zugewandt. Ein emotionaler Rapport sei gut herstellbar. Die Stimmung sei ausgeglichen, der Affekt adäquat und schwingungsfähig. Trotzdem würden eine emotionale Belastung und ein Leidensdruck spürbar. Konzentration und Aufmerksamkeit könnten während der fast zweistündigen Exploration gut gehalten werden. Gedächtnisschwierigkeiten beständen beim Abrufen von Namen (z. B. des Untersuchers heute Morgen) sowie bei Details der Krankengeschichte. Beim Verlassen des Untersuchungszimmers vergesse sie ihre Handtasche, bemerke dies erst einige Minuten später, als sie die Abteilung mit ihrem Schwiegervater verlassen möchte. Der Antrieb sei unvermindert. Es beständen Ängste bezüglich der Nahrungsaufnahme, Angst vor Erbrechen, Erwartungsangst auch bezüglich Bauchkrämpfen und durch die Porphyrie. Gestützt auf diese Befunderhebung und das durchgeführte Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen (s. IV-Nr. 41, S. 35) vermag schliesslich auch die gutachterliche Schlussfolgerung zu überzeugen, wonach die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht in der bisherigen Tätigkeit nicht eingeschränkt sei. Aus psychiatrischer Sicht sei keine Anpassung der bisherigen Tätigkeit erforderlich. Die Gutachterin gehe davon aus, dass Einschränkungen intermittierend durch körperliche Symptome entstünden. Die Beurteilung eventueller körperlicher Einschränkungen bleibe den rheumatologischen und gastroenterologischen Kollegen überlassen. Auf das beweiswertige psychiatrische Teilgutachten ist somit abzustellen. Gestützt auf dieses beweiswertige fachärztliche Teilgutachten, welches eine psychiatrisch bedingte

Arbeitsunfähigkeit in überzeugender Weise verneint, kann auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429). 6.5 Gestützt auf die beweiswertigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der D.\_\_\_\_-Gutachter vom 12. August 2020 (IV-Nr. 41; s. E. II. 5.4 hiervor) zu überzeugen, wonach in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kassiererin in einer F.\_\_\_\_-Filiale als auch in einer angepassten Tätigkeit aktuell eine theoretische 50%ige Arbeitsfähigkeit bestehe, wobei die Einschränkung rheumatologisch bedingt sei. 6.6 Am Beweiswert des D.\_\_\_\_-Gutachtens vermögen auch die entgegenstehenden Berichte des Hausarztes der Beschwerdeführerin, Dr. med. C.\_\_\_\_, nichts zu ändern. So besteht für die von ihm statuierte vollständige Aufhebung der Arbeitsfähigkeit gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen keine Grundlage. In diesem Zusammenhang ist zudem der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353). Schliesslich ist gestützt auf die vorliegenden Akten auch die von Dr. med. C.\_\_\_\_ geltend gemachte gesundheitliche Verschlechterung seit der D.\_\_\_\_-Begutachtung nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Zwar liegt es im Wesen der bei der Beschwerdeführerin vorliegenden Schubkrankheit, dass sich solche Schübe nicht zwangsläufig durch Arztbesuche nachweisen lassen. Dennoch kann eine allfällige gesundheitliche Verschlechterung nicht alleine gestützt auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin begründet werden, wie dies ihr Hausarzt, Dr. med. C.\_\_\_\_, macht. Der RAD-Arzt, med. pract. G.\_\_\_\_, hat hierzu zurecht festgehalten, dass der Bericht des E.\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2021 der einzige Bericht einer medizinischen Behandlung in einem Spital bezüglich der Porphyrie seit der D.\_\_\_\_-Begutachtung, welche auf Untersuchungen im November 2019 und Februar 2020 basiert, ist. Laboranalytisch und sonografisch hätten sich keine Auffälligkeiten gefunden. Es sei eine sehr einfache und gleichzeitig so gut wirksame Behandlung erfolgt, dass die Versicherte auf eigenen Wunsch noch am selben Tag wieder nach Hause ausgetreten sei. Ebenso sind aus der von Dr. med. C.\_\_\_\_ eingereichten Krankengeschichte in diesem Zeitraum keine vermehrten Arztkonsultationen aufgrund der Porphyrie ersichtlich (s. E. II. 5.9 hiervor). 6.7 Zusammenfassend kann somit auf das beweiswertige D.\_\_\_\_-Gutachten vom 12. August 2020 abgestellt werden. Eine allfällige danach eingetretene gesundheitliche Verschlechterung ist bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 25. Juli 2022 nicht erstellt. 7. Umstritten ist sodann die Statusfrage – also die Frage, ob und bejahendenfalls in welchem Pensum die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall ausserhäuslich gearbeitet hätte – und die Frage bezüglich einer allfälligen gesundheitlichen Einschränkung im Haushaltsbereich (s. dazu E. II. 8. hiernach). 7.1 Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztätig, zeitweilig oder gar nicht erwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was diese bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen (BGE 125 V 146 E. 2c; AHI 1997 S. 289 E. 2b). Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach

Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen (BGE 137 V 334 E. 3.2, 117 V 194 E. 3b mit Hinweis). Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist. Dies erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch hypothetische Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat. Derlei ist einer direkten Beweisführung wesensgemäss nicht zugänglich und muss in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_161/2019 vom 28. Juni 2019 E. 5.2).

7.2 Bezüglich der Statusfrage stützt sich die Beschwerdegegnerin auf den Haushaltsabklärungsbericht vom 14. Juni 2021 (IV-Nr. 45). Darin wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei seit dem 22. Mai 2009 verheiratet und habe zwei Kinder (Jahrgang 2000 und 2009). Der Ehemann beziehe seit 1. März 2020 eine ganze Invalidenrente. Die Beschwerdeführerin sei zuletzt seit November 2015 im Stundenlohn (8 - 20 Stunden / Woche) als Verkäuferin bei F.\_\_\_\_ in [...] angestellt gewesen. Der Arbeitsvertrag sei per Ende Mai 2018 auf Grund der vielen Krankheitsabsenzen aufgelöst worden. Im Intake-Gespräch vom 14. März 2018 habe die Beschwerdeführerin mitgeteilt, dass es sich bei der Tätigkeit bei F.\_\_\_\_ um eine Aushilfe gehandelt habe und sie damals noch keine Festanstellung gehabt habe, sondern ein bis zwei Jahre habe warten wollen. Laut damaligen Aussagen hätte die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Beschwerden zu 80 % ausserhäuslich gearbeitet, sofern ihre Tochter gesund wäre. Diese leide am Asperger-Syndrom. Die Beschwerdeführerin erkläre, dass sie wegen ihrem Ehemann nicht einem Vollzeitpensum nachgehen könnte; ebenso auch wegen ihrer Tochter. Sie würde heute mit einem Pensum von 40 % beginnen und dann schauen, wie dies mit ihrer Tochter zu vereinbaren sei. Je nachdem würde sie dann auf 50 % erhöhen. Gestützt auf diese Ausführungen kam die Abklärungsfachperson zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin heute, unter Berücksichtigung der aktuellen familiären (kranker Ehemann, Tochter mit Asperger-Syndrom) und finanziellen Situation laut eigenen Aussagen – bei voller Gesundheit – mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einer ausserhäuslichen Tätigkeit im Rahmen von 40 % nachgehen würde, wovon somit vorliegend auszugehen sei. Dagegen bringt die Beschwerdeführerin im vorliegenden Beschwerdeverfahren vor, im Abklärungsbericht Haushalt sei ersichtlich, dass sie geplant gehabt habe, das Pensum nach einer Testphase auf 50 % zu erhöhen (IV-Nr. 45, S. 3). Vor ihrer Invalidität sei sie einer Erwerbstätigkeit im Pensum von 80 % nachgegangen. Der Ehemann der Beschwerdeführerin sei ebenfalls gesundheitlich angeschlagen, weshalb er keiner Vollzeitstelle nachgehen könne. Die finanziellen Voraussetzungen lägen so, dass eine Erhöhung der Arbeitsprozente von vornherein erwünscht sei und angestrebt werde. Entgegen der Annahme der Beschwerdegegnerin, dass die Erhöhungsabsichten der Beschwerdeführerin zu vage dargelegt würden, hätten vielmehr schon vor der Invalidität konkrete Willensabsichten zur Erhöhung des Pensums vorgelegen. Die zeitliche Betreuungsintensität der Tochter nehme mit dem Alter eher ab als zu, zumal diese durch Fachpersonen auszubilden sei und nach Möglichkeit eine Schulbildung absolvieren werde. Demnach sei es plausibel, dass die Beschwerdeführerin ihr Pensum nach einer Testphase nicht nur hypothetisch, sondern auch tatsächlich erhöht hätte.

7.3 Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin fehlen in den Akten konkrete Hinweise wie Stellensuche oder sonstige Arbeitsbemühungen für eine Pensenerhöhung auf 50 %. Zudem kann der wirtschaftlichen Notwendigkeit des Ausmasses der Erwerbstätigkeit allein keine

entscheidende Bedeutung zukommen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_286/2013 vom 28. August 2013 E. 4.4; Ulrich Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2. Aufl. 2010, S. 288). Soweit in der Replik geltend gemacht wird, die Beschwerdeführerin sei vor Eintritt der Invalidität einer 80%igen ausserhäuslichen Tätigkeit nachgegangen, so findet sich hierzu in den eingereichten Unterlagen des Arbeitgebers und dem Auszug aus dem individuellen Konto kein Hinweis darauf (vgl. IV-Nr. 13 und 15). Zudem gab die Beschwerdeführerin anlässlich des Intake-Gesprächs gegenüber der Beschwerdegegnerin an, sie habe 8 - 20 Std. / Woche auf Aushilfsbasis gearbeitet. Eine Festanstellung habe sie noch nicht gewollt. Sie habe mal starten und ein, zwei Jahre warten wollen. Insofern die Beschwerdeführerin schliesslich im Intake-Gespräch angab, sie würde ohne die Krankheit der Tochter ein 80%-Pensum ausüben, kann dies vorliegend – da dies betreffend die Beschwerdeführerin invaliditätsfremd ist – nicht berücksichtigt werden. Demnach ist zusammenfassend mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin auch ohne Eintritt der teilweisen Arbeitsunfähigkeit zu 40 % ausserhäuslich und zu 60 % im Haushalt tätig wäre. 8. Neben den medizinischen Berichten stützt sich die Beschwerdegegnerin zur Beurteilung einer allfälligen Einschränkung im Haushalt auf den Abklärungsbericht vom 14. Juni 2021 (IV-Nr. 45). Die in Art. 69 Abs. 2 IVV vorgesehene Abklärung an Ort und Stelle ist die geeignete Vorkehr für die Ermittlung der Invaliditätsbemessung im Haushalt. Für den Beweiswert eines entsprechenden Berichtes sind – analog zur Rechtsprechung zur Beweiskraft von Arztberichten gemäss BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis – verschiedene Faktoren zu berücksichtigen. Es ist wesentlich, dass als Berichterstatterin eine qualifizierte Person wirkt, welche Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den seitens der Mediziner gestellten Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen der betreffenden Person hat. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet sowie detailliert bezüglich der einzelnen invaliditätsbedingten Einschränkungen sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift, sofern der Bericht eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage im eben umschriebenen Sinne darstellt, in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (vgl. – generell – BGE 125 V 404 E. 3; bei Abklärung der gesundheitlichen Behinderung der im Bereich der Haushaltsführung tätigen Personen nach Art. 27 IVV: vgl. Urteil EVG v. 4.9.2001 i.S. S., E. 4a, I 175/01 sowie Urteil EVG v. 16.4.2002 i.S. M., E. 4, I 316/00). Bezüglich des Beweiswertes des vorliegenden Haushalts-Abklärungsberichtes ist festzuhalten, dass dieser durch eine qualifizierte Person verfasst wurde, welche Kenntnis von den örtlichen und räumlichen Verhältnissen sowie den in diesem Zeitpunkt vorhandenen medizinischen Unterlagen hatte. Der Bericht erscheint zudem als differenziert. So wurden die familiären Verhältnisse und Möglichkeiten der familieninternen Mithilfe im Haushalt einbezogen und gewürdigt, wobei in diesem Zusammenhang auf die im Haushalt besonders bedeutsame Schadenminderungspflicht der Familienangehörigen hinzuweisen ist (vgl. BGE 133 V 504 E. 4.2 S. 509 f.). Der Abklärungsbericht ist überzeugend ausgefallen und trägt den aus medizinischer Sicht festgestellten Einschränkungen angemessene Rechnung. Die von der Abklärungsperson im Abklärungsbericht festgestellten Einschränkungen werden von der Beschwerdeführerin

denn auch nicht gerügt und sind nicht zu beanstanden. Die Beschwerdeführerin rügt dagegen die Gewichtung des Bereiches «Pflege und Betreuung von Kindern und/oder Angehörigen». So bedürfe die unter Asperger leidende Tochter deutlich mehr Betreuung als ein normales Kind. Die Tochter habe verschiedene ausgeprägte soziale Ängste und massive Einschlafstörungen (IV-Nr. 41, S. 33), brauche extrem viel Aufmerksamkeit. Ebenso habe die Beschwerdeführerin die Betreuung ihres Mannes zu übernehmen, welcher an einer Psoriasisarthritis leide. Die Gewichtung von 30 % auf die Betreuung entspreche nicht dem tatsächlichen Aufwand der Beschwerdeführerin. Die fünf Bereiche sind im Abklärungsbericht wie folgt gewichtet worden: Ernährung 30 %, Wohnungspflege 20 %, Einkauf und weitere Besorgungen 10 %, Wäsche und Kleiderpflege 10 %, Pflege und Betreuung von Kindern und/oder Angehörigen 30 %. Gemäss Rz. 3088 KSIH müssen jeweils alle vorgenannten Tätigkeiten berücksichtigt werden (ausser Ziff. 5 «Pflege und Betreuung von Kindern und / oder Angehörigen»). Eine andere Gewichtung darf nur bei ganz erheblichen Abweichungen vom Schema vorgenommen werden (I 469/99; ZAK 1986 S. 232). Auch wenn aufgrund des Asperger-Syndroms der Tochter der geltend gemachte erhöhte Pflegebedarf nachvollziehbar ist, erscheint die Gewichtung von 30 % bei einer maximal möglichen Gewichtung von 50 % mit Blick auf vergleichbare Fälle durchaus angemessen. So besucht die Tochter gemäss Abklärungsbericht seit rund drei Jahren die Sonderschule im K. \_\_\_ und ist seit etwa zwei bis drei Wochen verbeiständet. Zudem ist seit zwei bis drei Monaten die Kinderspitex involviert. Des Weiteren ist zu beachten, dass eine Gewichtung von maximal 50 % für Fälle vorbehalten bleiben muss, in denen noch ein noch grösserer und intensiverer Betreuungsaufwand gegeben ist. Zu denken wäre hier beispielsweise an die Betreuung eines schwer behinderten Kindes und / oder eines bettlägerigen Angehörigen. Wie sodann aus dem Abklärungsbericht hervorgeht, kann der an Psoriasisarthritis erkrankte Ehemann der Beschwerdeführerin im Haushalt zwar nur bedingt helfen. Aber dass die Beschwerdeführerin ihm gegenüber einen derart erhöhten Betreuungsaufwand hat, dass dieser eine höhere Gewichtung rechtfertigen würde, erscheint nicht nachvollziehbar und wird auch nicht näher dargelegt. Zusammenfassend kann somit hinsichtlich der Haushaltstätigkeit auf die Invaliditätsbemessung im Abklärungsbericht abgestellt werden. Selbst wenn man die Gewichtung des Bereiches «Pflege und Betreuung von Kindern und / oder Angehörigen» auf 50 % heraufsetzen würde, würde daraus – wie von der Beschwerdegegnerin zu Recht festgehalten – kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad resultieren. Hierbei kann auf die treffenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin verwiesen werden, wonach das Total der Tätigkeiten im Haushaltsabklärungsbericht 100 % betragen muss (Rz. 3087 f. des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH]). Wie zudem vorstehend festgehalten, müssen gemäss Rz. 3088 KSIH jeweils alle Tätigkeiten berücksichtigt werden (ausser Ziff. 5 «Pflege und Betreuung von Kindern und/oder Angehörigen»). Somit hätte eine höhere Gewichtung beim Teilbereich Betreuung zur Folge, dass die Gewichtung in einem anderen Bereich reduziert werden müsste. Bei einer Gewichtung des Bereichs «Pflege und Betreuung von Kindern und Angehörigen» mit 50 % und damit einer Mindergewichtung der anderen Bereiche würde maximal eine gesamthafte Erhöhung der Invalidität im Haushalt von 2 % resultieren (s. E. II. 5. hiervor), bzw. bei der gemischten Methode und einem Haushaltspensum von 60 % eine Erhöhung von 1.2 % Dies würde im Resultat, wie erwähnt, zu keinem rentenbegründenden Invaliditätsgrad führen (s. E. II. 9. hiernach). 9.

November 2021 intermittierende Schübe von oft mehrstündiger Dauer am Tag beschrieben, an damals ca. 2 - 4 Tagen / Woche. Seinen Angaben nach träten auch schmerzhafte Krämpfe an Beinen und Händen, sowie Lähmungserscheinungen, Sprachfehler und Gedächtnislücken nach einem Krampfanfall auf, was zwar im Rahmen einer AIP medizinisch durchaus möglich sei, jedoch im hier vorliegenden Fall zuvor so nicht berichtet worden sei. Auch nicht im obengenannten Bericht des E.\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2021. Obwohl sodann mehrfach von verschiedener Seite auf die hier vorliegenden erheblichen psychosozialen Belastungsfaktoren hingewiesen worden sei und der Hausarzt in seinem Attest vom 17. November 2021 eine erhebliche Zunahme einer psychiatrischen Beschwerdesymptomatik beschrieben habe, scheine bis anhin keine fachärztlich psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zu erfolgen. Die zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten schienen nicht ausgeschöpft zu sein. Da der Hausarzt in seinem ärztlichen Attest vom 17. November 2021 gleichzeitig um eine neue Begutachtung gebeten habe, die nach Ansicht des RAD aus den anderen vorliegenden Unterlagen bisher nicht medizinisch begründet werden könne, empfehle der RAD folgendes weiteres Vorgehen: Beim Hausarzt solle der vollständige Karteikartenauszug der Versicherten aus dem Zeitraum von Mitte 2020 bis heute eingeholt werden, um seine Angaben bestmöglich nachvollziehen zu können. Zudem solle dort nach weiteren behandelnden Ärzten (letzte 12 Monate) gefragt werden, mit der Bitte um Zusendung möglicherweise vorhandener Facharztbefunde. Insbesondere solle auch die Frage gestellt werden, ob aktuell eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung stattfinde, oder in den letzten zwei Jahren stattgefunden habe.

5.9 Aus der von Dr. med. C.\_\_\_\_ am 6. April 2022 eingereichten Krankengeschichte der Beschwerdeführerin (IV-Nr. 65, S. 6) sind folgende, für den vorliegenden Fall wesentliche Einträge enthalten:

### **E. 18**

Juni 2021: Die Beschwerdeführerin habe in den letzten Monaten wiederholt Bauchkrämpfe gehabt und liege dann einige Stunden im Bett, habe aber nicht ins Spital gehen wollen, habe dann Traubenzucker genommen und sei nach mehreren Stunden Schlaf und Beschwerden total erschöpft gewesen. Der Ehemann sei schwer an einer nekrotisierenden Fasziiitis erkrankt gewesen. Die Beschwerdeführerin sei auch psychisch schwer angeschlagen. Sie habe eine Tochter mit Asperger-Syndrom und einen schwer kranken Ehemann. Sie sei insgesamt zweimal in [...] am E.\_\_\_\_ gewesen. Sie habe keine Verstopfung, sondern Durchfälle und auch erheblich Schüttelfröste und steigende Temperatur.

9. August 2021: Notfallbericht H.\_\_\_\_ vom 8. August. 2021. D: Schulterschmerz rechts (adominant), progrediente Funktionseinbusse nach Sturz vom 16. Juli 2021. DD komb. Rotatorenmanschettenläsion, Rx Schulter. Röntgenbilder: Schulter rechts 8. August 2021 Chronische Tendinitis humeroscapularis calcarea rechts.

11. Oktober 2021: Die Beschwerdeführerin habe einen Bericht der IV bekommen. Sie sei nicht einverstanden und meine wegen Verschlechterung des Zustandes eine neue Beurteilung zu bekommen. Sie könnte ev. eine neue Beurteilung verlangen, wenn sich die Situation verschlechtert hätte. Die Beschwerdeführerin habe wenig Gefühl in den Händen und habe Mühe gehabt, etwas in den Händen zu behalten und auch beim Sprechen teilweise Schwierigkeiten. Krämpfe würden auch deutlich länger anhalten. Auftreten auch wöchentlich. Lebe ständig mit der Angst, dass an dem Tag wieder etwas passieren würde.

Anmeldung der Beschwerdeführerin: I.\_\_\_\_ Überweisungsbericht gesendet.

5.10 Mit Stellungnahme vom 3. Mai 2022 (IV-Nr. 71) führte med. pract. G.\_\_\_\_, RAD, aus, aus den neu eingegangenen Unterlagen ergebe sich, dass die Versicherte zwar am 11. Oktober 2021 an die I.\_\_\_\_ [...] überwiesen worden sei, dort aber kein Termin stattgefunden habe, und die Versicherte auch nicht anderswo psychiatrisch-psychotherapeutisch betreut werde. Aus der von Hausarzt Dr. C.\_\_\_\_ dokumentierten Krankengeschichte sei objektiv keine Befundverschlechterung ableitbar, die Zweifel an der von den Gutachtern beurteilten Arbeitsfähigkeit begründen könnte. Nach Ansicht des RAD sei stattdessen aus der Eintragung vom 11. Oktober 2021 ableitbar, dass die Versicherte ihrer Unzufriedenheit mit dem Ergebnis der medizinischen Begutachtung Ausdruck gegeben habe, und in diesem Rahmen gleichzeitig eine Befundverschlechterung beklagt habe, weil sie gemeint habe, dann eine neue Beurteilung verlangen zu können und auch zu bekommen. Aus den neuen medizinischen Unterlagen könnten jedoch keine Anhaltspunkte entnommen werden, die eine andere Arbeitsunfähigkeit rechtfertigten als die vom RAD in der Stellungnahme vom 22. Oktober 2020 angenommene. Es sei keine neue fachärztliche Beurteilung notwendig.

6. Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre D.\_\_\_\_-Gutachten vom 12. August 2020 (IV-Nr. 41), weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist.

6.1 Im rheumatologischen Teilgutachten (IV-Nr. 41, S. 49) wurde ausgeführt, aus rheumatologischer Sicht lasse sich ein Lumbovertebral-Schmerzsyndrom diagnostizieren. Kriterien hierfür seien der Schmerz in der Lumbosakral-Region ohne Ausstrahlung über das Gesäss hinaus. Es zeige sich eine Fehlhaltung mit deutlicher Anteklinierung nach ventral und eine Druckempfindlichkeit in der durch diese Haltung chronisch überlasteten tief lumbosakralen Muskulatur. Allerdings führe ein Aufrichten in die Vertikale zu einer weiteren Schmerzzunahme, was für eine Beteiligung der Facettengelenke spreche. Es bestünden relevante degenerative Veränderungen am Achsenskelett. Das Schmerzsyndrom habe ein erhebliches Ausmass, müsse es doch mit chronischer Opiat-Medikation kontrolliert werden. Allerdings fühle sich die Explorandin durch dieses Schmerzsyndrom nicht in der Ausübung ihrer bisherigen angestammten Tätigkeit eingeschränkt. Sie sei als Springer / Aushilfe in einem Lebensmitteldetailhandel (F.\_\_\_\_) eingesetzt worden. Hier habe man auf ihre fehlende Belastbarkeit Rücksicht genommen und sie hauptsächlich an der Kasse eingesetzt, was ihr gut möglich gewesen sei. Limitierend für ihre Arbeitsfähigkeit seien gemäss ihren Angaben die Symptome der akuten intermittierenden Porphyrrie und die mit der Krankheit einhergehende Erschöpfung. Auch der vorbehandelnde Rheumatologe Dr. J.\_\_\_\_ / [...] und der Neurochirurg Dr. B.\_\_\_\_ fänden ein Lumbovertebral-Syndrom und keinen Hinweis auf eine lumboradikuläre Problematik. Gemäss Ansicht des Gutachters bestehe auch eine muskuläre Dekonditionierung, eine deutliche Fehlhaltung und eine wahrscheinlich facettogene Komponente. Aus allgemein-internistischer Sicht, die sich im Zuge der Exploration gewinnen lasse, stünden im Beschwerdebild eine starke Erschöpfung und Depressivität im Vordergrund, die die Explorandin überwältigten und lähmten und eine Ohnmacht gegenüber der Stoffwechselerkrankung. Eine detaillierte Aufschlüsselung und Würdigung dieser Aspekte erfolgten im internistischen und psychiatrischen Gutachten. Gestützt auf die vorgehenden Ausführungen und Diagnosestellung, welche in Übereinstimmung mit den Vorakten stehen, vermag sodann auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu überzeugen: Das Lumbovertebral-Syndrom beschränke die axiale Belastungsfähigkeit und die Sitz-Ausdauer

der Explorandin. Es seien nur noch leichte Hebe- und Tragearbeiten möglich. Zwangspositionen könnten allenfalls kurz eingenommen werden und müssten die Ausnahme bilden. Überwiegend sitzende Tätigkeiten mit der Möglichkeit zum Belastungswechsel und der selbstständigen Positionswahl würden favorisiert. Die mögliche Gesamtarbeitsdauer pro Tag sei auf halbtags begrenzt. In der bisherigen Tätigkeit als Kassiererin in einem F.\_\_\_\_ bestche aktuell eine 50%ige Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht. Das lumbovertbrale Schmerzsyndrom sei von erheblicher Schwere ohne Ansprechen auf die fachgerechte Standardtherapie und opiatbedürftig. Die dauerhafte Fehlhaltung könnte im weiteren Verlauf durch zunehmende Überlastung der tiefen lumbalen Streckmuskulatur auch zu einer Zunahme der Beschwerden führen. Diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gelte ab dem Zeitpunkt der vollständigen Rückkehr in den Arbeitsprozess, bzw. Aufnahme der Tätigkeit im F.\_\_\_\_ im Jahr 2015. Die bisher ausgeübte Tätigkeit entspreche einer angepassten Tätigkeit. Eine ideal angepasste Tätigkeit sei eine überwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit, weitgehend selbstständig die Position zu wählen, und der Möglichkeit, selbstgewählte Pausen einzulegen. Kein Erfordernis, regelhaft eine Zwangshaltung einzunehmen, und wenn, dann allenfalls kurz und sporadisch. Keine Witterungsexposition, keine Arbeit auf Leitern oder Gerüsten. Leistungsfähigkeit: Innerhalb des Belastungsprofils bestche eine volle Leistungsfähigkeit halbtags (Pensum 50 %).

Auf das beweismwertige rheumatologische Teilgutachten kann somit abgestellt werden.

6.2 Im gastroenterologischen Teilgutachten (IV-Nr. 41, S. 41) wurde festgehalten, die akute intermittierende Porphyrie (AIP) beruhe auf einem Mangel des Enzyms Porphobilinogen-Deaminase, der zu einer Anreicherung der Häm-Vorläufer Aminolävulinsäure und von Porphobilinogen in der Leber führe. Die Krankheit werde über ein einzelnes verändertes Gen von einem der Elternteile ererbt. Das normale Gen vom anderen Elternteil sorge dafür, dass etwa halb so viel Enzym wie normal vorhanden sei, was ausreiche, um normale Mengen von Häm zu produzieren. Die meisten Menschen mit einem Mangel an Porphobilinogen-Deaminase bekämen nie Symptome. Es gebe verschiedene Faktoren, welche Symptome fördern und einen Anfall verursachen könnten: Hormonelle Veränderungen bei Frauen, Medikamente (Geschlechtshormone, Barbiturate, Sulfonamid-Antibiotika), eine kalorienarme, kohlenhydratarne Ernährung, Alkohol, Infektionen oder emotionale Belastungen. Gewöhnlich spiele eine Kombination von Faktoren bei der Verursachung eines Anfalls zusammen. Manchmal könnten die Faktoren, die einen Anfall auslösten, nicht festgestellt werden. Die Anfälle seien bei Frauen häufiger, insbesondere in Zeiten hormoneller Umstellungen (z.B. in der zweiten Phase des Menstruationszyklus, bei Gebrauch oraler Kontrazeptiva, in den ersten Schwangerschaftswochen oder in der Zeit direkt nach der Geburt). Bei der Explorandin scheine ein subakuter Verlauf vorzuliegen mit hauptsächlich gastrointestinalen Beschwerden (Übelkeit, Bauchkrämpfe und -koliken, selten Erbrechen), daneben Müdigkeit, Schlaflosigkeit und Ängste. Die Entwicklung sei schwierig vorauszusagen, grundsätzlich könnten alle Teile des peripheren Nervensystems, aber auch das ZNS, betroffen sein. Da das Risiko für Leberkrebs bei Personen mit akuter intermittierender Porphyrie erhöht sei, müssten Betroffene mindestens einmal pro Jahr auf Leberkrebs (HHC) gescreent werden. Sodann habe die Beschwerdeführerin zur Häufigkeit der Attacken angegeben, diese seien nicht vorsehbar, sie seien sehr unregelmässig (1 - 2 Mal / Woche und dann wieder eine ganze Woche nichts). Die Attacken seien etwas weniger heftig, seit

sie damit umzugehen wisse (sofortige Zuckerzufuhr in Form von Cola oder anderen Süssgetränken). Die Dauer der Attacken sei relativ kurz, 5 - 20 min, sie könnten aber auch länger dauern. Heftige Attacken, die eine Hospitalisation notwendig gemacht hätten, habe sie in letzter Zeit keine gehabt. Sie müsse sich aber nach jeder Attacke hinlegen, um sich zu erholen. Gestützt auf diese anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin vermag die gutachterliche Schlussfolgerung zu überzeugen, wonach aus strikt gastroenterologischer Sicht bei aktuell subakutem Verlauf keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, dies könne sich im Verlauf ändern. Entgegen der Ansicht von Med. pract. G.\_\_\_\_, RAD, in seiner Stellungnahme vom 18. März 2022 (IV-Nr. 63) wurden die Porphyrie-Schübe im Belastbarkeitsprofil im Rahmen der von den D.\_\_\_\_-Gutachtern beurteilten Arbeitsunfähigkeit von 50 % damit nicht im Sinne einer zusätzlichen qualifizierten Einschränkung berücksichtigt. Die Reduktion der Arbeitsfähigkeit resultiert gemäss den Gutachtern alleine aus rheumatologischer Sicht (vgl. IV-Nr. II. 5.4). Da es sich hierbei nicht um ■ in zeitlicher Hinsicht ■ klar bezifferbare krankheitsbedingte Absenzen vom Arbeitsplatz handelt, ist dies nicht zu beanstanden. Indes können nicht vorhersehbare und schwer kalkulierbare Absenzen, wie sie durch Krankheitsschübe verursacht werden, allenfalls einen Tabellenlohnabzug rechtfertigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_439/2020 vom 18. August 2020 E. 4.5.2 mit Hinweisen). Dies wird unter E. II. 9.3 hiernach geprüft.

Auf das beweiswertige gastroenterologische Teilgutachten ist somit abzustellen.

6.3 Im internistischen Teilgutachten (IV-Nr. 41, S. 19) wurde ausgeführt, für die Explorandin stünden anamnestisch die gastroenterologischen Beeinträchtigungen bei akuter intermittierender Porphyrie im Vordergrund. Sie erhalte ein Antidepressivum (Escitalopram) und ein Anxiolytikum (Gabapentin) durch den Hausarzt, eine fachärztliche psychiatrische Beurteilung sei bis anhin nicht erfolgt. Es werde auf das psychiatrische Fachgutachten verwiesen. Seit der lumbalen Rückenproblematik bestehe ein Opiatkonsum, es werde auf das rheumatologische Gutachten verwiesen. Die von der Explorandin geschilderte erhöhte Erschöpfung werde von ihr selbst mit Schlafmangel, der unbehandelt sei, erklärt. In der aktuellen Laboruntersuchung zeige sich mit  $<9 \text{ nmo1/l}$  (ausreichender Spiegel  $>50$ ) ein schwerer Vitamin D-Mangel, eine Substitution sei zu empfehlen. Die übrigen Laborparameter, insbesondere die Leberwerte, zeigten sich in der Norm, das erniedrigte Albumin dürfe in Zusammenhang mit der Ernährung der Explorandin stehen, der Wert sollte kontrolliert werden. Gestützt auf diese Ausführungen ist es nicht zu beanstanden, dass die Gutachterin aus internistischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt hat.

Auf das beweiswertige internistische Teilgutachten kann demnach abgestellt werden.

6.4 Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 41, S. 28) wurde festgehalten, die körperlichen Beschwerden wie Bauchkrämpfe, Fieber, Erschöpfungsgefühl hinderten die Beschwerdeführerin immer wieder an der Arbeit. Die Einschränkungen durch die Porphyrie-Schübe dauerten jeweils ca. zwei Wochen, anschliessend habe sie an den Arbeitsplatz zurückkehren können, sei jedoch nach kurzer Zeit immer wieder erkrankt. Durch die daraus resultierende private und berufliche Situation habe sich die Explorandin stark belastet gefühlt und in diesem Zusammenhang ein depressives Syndrom entwickelt, das vermutlich die Kriterien einer mittelschweren depressiven Episode erfüllt habe. Ausserdem träten anhaltende Ängste auf in Form von Erwartungsangst von Bauchkrämpfen oder hilflosen Zuständen sowie Angst vor Nahrungsaufnahme und deren Konsequenzen.

Sehr besorgt sei sie um den Gesundheitszustand ihres Ehemannes und der Tochter. In diesem Rahmen hätten sich die Ängste der Explorandin bis hin zu Panikattacken gesteigert, die von der aktuellen Häufigkeit jedoch nicht die Kriterien für eine Panikstörung erfüllten. Die Verschreibung von Escitalopram durch den Hausarzt sei sicher sehr hilfreich in dieser Situation gewesen und habe die Explorandin symptomatisch entlasten können. Die psychischen Symptome seien Folge von einer somatischen Erkrankung und deren psychosozialen Folgen. Als die Explorandin ein depressives Syndrom entwickelt habe, habe ihr der Hausarzt Escitalopram verschrieben und dessen Dosis auf 20 mg gesteigert. Diese Behandlung habe die Explorandin als sehr hilfreich empfunden, sie sei affektiv stabiler geworden, habe nicht mehr so viel weinen müssen und sei weniger pessimistisch gewesen. Als dann noch Angstsymptome hinzugesetzt seien und sich bis zu Panikattacken gesteigert hätten, habe die Explorandin durch die Einnahme von Pregabalin (zurzeit 50 mg täglich) auch eine deutliche Entlastung erlebt. Bisher habe noch keine psychotherapeutische Behandlung stattgefunden. Diese könnte zur Bewältigung von Stress, Ängsten, Schicksalsschlägen und weiteren psychosozialen Belastungen nützlich und hilfreich sein. Die Explorandin habe sich im Lauf des Lebens gegenüber Belastungen anpassungsfähig gezeigt. Doch in den vorgegangenen drei Jahren hätten die eigene Erkrankung und die psychosozialen Belastungen wie Erkrankung des Ehepartners und der Tochter, eigener Arbeitsplatzverlust, Arbeitsplatzverlust des Mannes, angespannte finanzielle Situation ihre Bewältigungsstrategien überschritten. Die Explorandin sei eine pragmatische und realistische Person, die versuche, aus den Belastungen und Zumutungen des Lebens das Bestmögliche zu machen.

Sodann erhob die psychiatrische Gutachterin folgende Befunde: Die Explorandin sei wach, bewusstseinsklar, allseits orientiert. Im Kontakt sei die Explorandin freundlich und zugewandt. Ein emotionaler Rapport sei gut herstellbar. Die Stimmung sei ausgeglichen, der Affekt adäquat und schwingungsfähig. Trotzdem würden eine emotionale Belastung und ein Leidensdruck spürbar. Konzentration und Aufmerksamkeit könnten während der fast zweistündigen Exploration gut gehalten werden. Gedächtnisschwierigkeiten bestünden beim Abrufen von Namen (z. B. des Untersuchers heute Morgen) sowie bei Details der Krankengeschichte. Beim Verlassen des Untersuchungszimmers vergesse sie ihre Handtasche, bemerke dies erst einige Minuten später, als sie die Abteilung mit ihrem Schwiegervater verlassen möchte. Der Antrieb sei unvermindert. Es bestünden Ängste bezüglich der Nahrungsaufnahme, Angst vor Erbrechen, Erwartungsangst auch bezüglich Bauchkrämpfen und durch die Porphyrie.

Gestützt auf diese Befunderhebung und das durchgeführte Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen (s. IV-Nr. 41, S. 35) vermag schliesslich auch die gutachterliche Schlussfolgerung zu überzeugen, wonach die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht in der bisherigen Tätigkeit nicht eingeschränkt sei. Aus psychiatrischer Sicht sei keine Anpassung der bisherigen Tätigkeit erforderlich. Die Gutachterin gehe davon aus, dass Einschränkungen intermittierend durch körperliche Symptome entstünden. Die Beurteilung eventueller körperlicher Einschränkungen bleibe den rheumatologischen und gastroenterologischen Kollegen überlassen.

Auf das beweiswertige psychiatrische Teilgutachten ist somit abzustellen. Gestützt auf dieses beweiswertige fachärztliche Teilgutachten, welches eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in überzeugender Weise verneint, kann auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429).

6.5 Gestützt auf die beweiswertigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der D.\_\_\_\_-Gutachter vom 12. August 2020 (IV-Nr. 41; s. E. II. 5.4 hiervor) zu überzeugen, wonach in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kassiererin in einer F.\_\_\_\_-Filiale als auch in einer angepassten Tätigkeit aktuell eine theoretische 50%ige Arbeitsfähigkeit bestehe, wobei die Einschränkung rheumatologisch bedingt sei.

6.6 Am Beweiswert des D.\_\_\_\_-Gutachtens vermögen auch die entgegenstehenden Berichte des Hausarztes der Beschwerdeführerin, Dr. med. C.\_\_\_\_, nichts zu ändern. So besteht für die von ihm statuierte vollständige Aufhebung der Arbeitsfähigkeit gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen keine Grundlage. In diesem Zusammenhang ist zudem der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353). Schliesslich ist gestützt auf die vorliegenden Akten auch die von Dr. med. C.\_\_\_\_ geltend gemachte gesundheitliche Verschlechterung seit der D.\_\_\_\_-Begutachtung nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Zwar liegt es im Wesen der bei der Beschwerdeführerin vorliegenden Schubkrankheit, dass sich solche Schübe nicht zwangsläufig durch Arztbesuche nachweisen lassen. Dennoch kann eine allfällige gesundheitliche Verschlechterung nicht alleine gestützt auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin begründet werden, wie dies ihr Hausarzt, Dr. med. C.\_\_\_\_, macht. Der RAD-Arzt, med. pract. G.\_\_\_\_, hat hierzu zurecht festgehalten, dass der Bericht des E.\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2021 der einzige Bericht einer medizinischen Behandlung in einem Spital bezüglich der Porphyrie seit der D.\_\_\_\_-Begutachtung, welche auf Untersuchungen im November 2019 und Februar 2020 basiert, ist. Laboranalytisch und sonografisch hätten sich keine Auffälligkeiten gefunden. Es sei eine sehr einfache und gleichzeitig so gut wirksame Behandlung erfolgt, dass die Versicherte auf eigenen Wunsch noch am selben Tag wieder nach Hause ausgetreten sei. Ebenso sind aus der von Dr. med. C.\_\_\_\_ eingereichten Krankengeschichte in diesem Zeitraum keine vermehrten Arztkonsultationen aufgrund der Porphyrie ersichtlich (s. E. II. 5.9 hiervor).

6.7 Zusammenfassend kann somit auf das beweiswertige D.\_\_\_\_-Gutachten vom 12. August 2020 abgestellt werden. Eine allfällige danach eingetretene gesundheitliche Verschlechterung ist bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 25. Juli 2022 nicht erstellt.

7. Umstritten ist sodann die Statusfrage ■ also die Frage, ob und bejahendenfalls in welchem Pensum die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall ausserhäuslich gearbeitet hätte ■ und die Frage bezüglich einer allfälligen gesundheitlichen Einschränkung im Haushaltsbereich (s. dazu E. II. 8. hiernach).

7.1 Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztätig, zeitweilig oder gar nicht erwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was diese bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber

Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen (BGE 125 V 146 E. 2c; AHI 1997 S. 289 E. 2b). Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen (BGE 137 V 334 E. 3.2, 117 V 194 E. 3b mit Hinweis). Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist. Dies erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch hypothetische Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat. Derlei ist einer direkten Beweisführung wesensgemäss nicht zugänglich und muss in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_161/2019 vom 28. Juni 2019 E. 5.2).

7.2 Bezüglich der Statusfrage stützt sich die Beschwerdegegnerin auf den Haushaltsabklärungsbericht vom 14. Juni 2021 (IV-Nr. 45). Darin wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei seit dem 22. Mai 2009 verheiratet und habe zwei Kinder (Jahrgang 2000 und 2009). Der Ehemann beziehe seit 1. März 2020 eine ganze Invalidenrente. Die Beschwerdeführerin sei zuletzt seit November 2015 im Stundenlohn (8 - 20 Stunden / Woche) als Verkäuferin bei F. \_\_\_ in [...] angestellt gewesen. Der Arbeitsvertrag sei per Ende Mai 2018 auf Grund der vielen Krankheitsabsenzen aufgelöst worden. Im Intake-Gespräch vom 14. März 2018 habe die Beschwerdeführerin mitgeteilt, dass es sich bei der Tätigkeit bei F. \_\_\_ um eine Aushilfe gehandelt habe und sie damals noch keine Festanstellung gehabt habe, sondern ein bis zwei Jahre habe warten wollen. Laut damaligen Aussagen hätte die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Beschwerden zu 80 % ausserhäuslich gearbeitet, sofern ihre Tochter gesund wäre. Diese leide am Asperger-Syndrom. Die Beschwerdeführerin erkläre, dass sie wegen ihrem Ehemann nicht einem Vollzeitpensum nachgehen könnte; ebenso auch wegen ihrer Tochter. Sie würde heute mit einem Pensum von 40 % beginnen und dann schauen, wie dies mit ihrer Tochter zu vereinbaren sei. Je nachdem würde sie dann auf 50 % erhöhen. Gestützt auf diese Ausführungen kam die Abklärungsfachperson zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin heute, unter Berücksichtigung der aktuellen familiären (kranker Ehemann, Tochter mit Asperger-Syndrom) und finanziellen Situation laut eigenen Aussagen ■ bei voller Gesundheit ■ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einer ausserhäuslichen Tätigkeit im Rahmen von 40 % nachgehen würde, wovon somit vorliegend auszugehen sei.

Dagegen bringt die Beschwerdeführerin im vorliegenden Beschwerdeverfahren vor, im Abklärungsbericht Haushalt sei ersichtlich, dass sie geplant gehabt habe, das Pensum nach einer Testphase auf 50 % zu erhöhen (IV-Nr. 45, S. 3). Vor ihrer Invalidität sei sie einer Erwerbstätigkeit im Pensum von 80 % nachgegangen. Der Ehemann der Beschwerdeführerin sei ebenfalls gesundheitlich angeschlagen, weshalb er keiner Vollzeitstelle nachgehen könne. Die finanziellen Voraussetzungen lägen so, dass eine Erhöhung der Arbeitsprozente von vornherein erwünscht sei und angestrebt werde. Entgegen der Annahme der Beschwerdegegnerin, dass die Erhöhungsabsichten der Beschwerdeführerin zu vage dargelegt würden, hätten vielmehr schon vor der Invalidität konkrete Willensabsichten zur Erhöhung des Pensums vorgelegen. Die zeitliche Betreuungsintensität der Tochter nehme mit dem Alter eher ab als zu, zumal diese durch Fachpersonen auszubilden sei und nach Möglichkeit eine Schulbildung absolvieren werde.

Demnach sei es plausibel, dass die Beschwerdeführerin ihr Pensum nach einer Testphase nicht nur hypothetisch, sondern auch tatsächlich erhöht hätte.

7.3 Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin fehlen in den Akten konkrete Hinweise wie Stellensuche oder sonstige Arbeitsbemühungen für eine Pensenerhöhung auf 50 %. Zudem kann der wirtschaftlichen Notwendigkeit des Ausmasses der Erwerbstätigkeit allein keine entscheidende Bedeutung zukommen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_286/2013 vom 28. August 2013 E. 4.4; Ulrich Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2. Aufl. 2010, S. 288). Soweit in der Replik geltend gemacht wird, die Beschwerdeführerin sei vor Eintritt der Invalidität einer 80%igen ausserhäuslichen Tätigkeit nachgegangen, so findet sich hierzu in den eingereichten Unterlagen des Arbeitgebers und dem Auszug aus dem individuellen Konto kein Hinweis darauf (vgl. IV-Nr. 13 und 15). Zudem gab die Beschwerdeführerin anlässlich des Intake-Gesprächs gegenüber der Beschwerdegegnerin an, sie habe 8 - 20 Std. / Woche auf Aushilfsbasis gearbeitet. Eine Festanstellung habe sie noch nicht gewollt. Sie habe mal starten und ein, zwei Jahre warten wollen. Insofern die Beschwerdeführerin schliesslich im Intake-Gespräch angab, sie würde ohne die Krankheit der Tochter ein 80%-Pensum ausüben, kann dies vorliegend ■ da dies betreffend die Beschwerdeführerin invaliditätsfremd ist ■ nicht berücksichtigt werden.

Demnach ist zusammenfassend mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin auch ohne Eintritt der teilweisen Arbeitsunfähigkeit zu 40 % ausserhäuslich und zu 60 % im Haushalt tätig wäre.

8. Neben den medizinischen Berichten stützt sich die Beschwerdegegnerin zur Beurteilung einer allfälligen Einschränkung im Haushalt auf den Abklärungsbericht vom 14. Juni 2021 (IV-Nr. 45). Die in Art. 69 Abs. 2 IVV vorgesehene Abklärung an Ort und Stelle ist die geeignete Vorkehr für die Ermittlung der Invaliditätsbemessung im Haushalt. Für den Beweiswert eines entsprechenden Berichtes sind ■ analog zur Rechtsprechung zur Beweiskraft von Arztberichten gemäss BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis ■ verschiedene Faktoren zu berücksichtigen. Es ist wesentlich, dass als Berichterstatterin eine qualifizierte Person wirkt, welche Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den seitens der Mediziner gestellten Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen der betreffenden Person hat. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet sowie detailliert bezüglich der einzelnen invaliditätsbedingten Einschränkungen sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift, sofern der Bericht eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage im eben umschriebenen Sinne darstellt, in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (vgl. ■ generell ■ BGE 125 V 404 E. 3; bei Abklärung der gesundheitlichen Behinderung der im Bereich der Haushaltsführung tätigen Personen nach Art. 27 IVV: vgl. Urteil EVG v. 4.9.2001 i.S. S., E. 4a, I 175/01 sowie Urteil EVG v. 16.4.2002 i.S. M., E. 4, I 316/00).

Bezüglich des Beweiswertes des vorliegenden Haushalts-Abklärungsberichtes ist festzuhalten, dass dieser durch eine qualifizierte Person verfasst wurde, welche Kenntnis von den örtlichen und räumlichen Verhältnissen sowie den in diesem Zeitpunkt vorhandenen medizinischen Unterlagen hatte. Der Bericht erscheint zudem als differenziert.

So wurden die familiären Verhältnisse und Möglichkeiten der familieninternen Mithilfe im Haushalt einbezogen und gewürdigt, wobei in diesem Zusammenhang auf die im Haushalt besonders bedeutsame Schadenminderungspflicht der Familienangehörigen hinzuweisen ist (vgl. BGE 133 V 504 E. 4.2 S. 509 f.).

Der Abklärungsbericht ist überzeugend ausgefallen und trägt den aus medizinischer Sicht festgestellten Einschränkungen angemessen Rechnung. Die von der Abklärungsfachperson im Abklärungsbericht festgestellten Einschränkungen werden von der Beschwerdeführerin denn auch nicht gerügt und sind nicht zu beanstanden.

Die Beschwerdeführerin rügt dagegen die Gewichtung des Bereiches «Pflege und Betreuung von Kindern und/oder Angehörigen». So bedürfe die unter Asperger leidende Tochter deutlich mehr Betreuung als ein normales Kind. Die Tochter habe verschiedene ausgeprägte soziale Ängste und massive Einschlafstörungen (IV-Nr. 41, S. 33), brauche extrem viel Aufmerksamkeit. Ebenso habe die Beschwerdeführerin die Betreuung ihres Mannes zu übernehmen, welcher an einer Psoriasisarthritis leide. Die Gewichtung von 30 % auf die Betreuung entspreche nicht dem tatsächlichen Aufwand der Beschwerdeführerin.

Die fünf Bereiche sind im Abklärungsbericht wie folgt gewichtet worden: Ernährung 30 %, Wohnungspflege 20 %, Einkauf und weitere Besorgungen 10 %, Wäsche und Kleiderpflege 10 %, Pflege und Betreuung von Kindern und/oder Angehörigen 30 %. Gemäss Rz. 3088 KSIH müssen jeweils alle vorgenannten Tätigkeiten berücksichtigt werden (ausser Ziff. 5 «Pflege und Betreuung von Kindern und / oder Angehörigen»). Eine andere Gewichtung darf nur bei ganz erheblichen Abweichungen vom Schema vorgenommen werden (I 469/99; ZAK 1986 S. 232). Auch wenn aufgrund des Asperger-Syndroms der Tochter der geltend gemachte erhöhte Pflegebedarf nachvollziehbar ist, erscheint die Gewichtung von 30 % bei einer maximal möglichen Gewichtung von 50 % mit Blick auf vergleichbare Fälle durchaus angemessen. So besucht die Tochter gemäss Abklärungsbericht seit rund drei Jahren die Sonderschule im K.\_\_\_\_ und ist seit etwa zwei bis drei Wochen verbeiständet. Zudem ist seit zwei bis drei Monaten die Kinderspitex involviert. Des Weiteren ist zu beachten, dass eine Gewichtung von maximal 50 % für Fälle vorbehalten bleiben muss, in denen noch ein noch grösserer und intensiverer Betreuungsaufwand gegeben ist. Zu denken wäre hier beispielsweise an die Betreuung eines schwer behinderten Kindes und / oder eines bettlägerigen Angehörigen. Wie sodann aus dem Abklärungsbericht hervorgeht, kann der an Psoriasisarthritis erkrankte Ehemann der Beschwerdeführerin im Haushalt zwar nur bedingt helfen. Aber dass die Beschwerdeführerin ihm gegenüber einen derart erhöhten Betreuungsaufwand hat, dass dieser eine höhere Gewichtung rechtfertigen würde, erscheint nicht nachvollziehbar und wird auch nicht näher dargelegt. Zusammenfassend kann somit hinsichtlich der Haushaltstätigkeit auf die Invaliditätsbemessung im Abklärungsbericht abgestellt werden.

Selbst wenn man die Gewichtung des Bereiches «Pflege und Betreuung von Kindern und / oder Angehörigen» auf 50 % heraufsetzen würde, würde daraus ■ wie von der Beschwerdegegnerin zu Recht festgehalten ■ kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad resultieren. Hierbei kann auf die treffenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin verwiesen werden, wonach das Total der Tätigkeiten im Haushaltsabklärungsbericht 100 % betragen muss (Rz. 3087 f. des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH]). Wie zudem vorstehend festgehalten, müssen gemäss Rz. 3088 KSIH jeweils alle Tätigkeiten berücksichtigt werden (ausser Ziff. 5 «Pflege und Betreuung von Kindern und/oder Angehörigen»). Somit hätte eine höhere Gewichtung beim

Teilbereich Betreuung zur Folge, dass die Gewichtung in einem anderen Bereich reduziert werden müsste. Bei einer Gewichtung des Bereichs «Pflege und Betreuung von Kindern und Angehörigen» mit 50 % und damit einer Mindergewichtung der anderen Bereiche würde maximal eine gesamthafte Erhöhung der Invalidität im Haushalt von 2 % resultieren (s. E. II. 5. hiervor), bzw. bei der gemischten Methode und einem Haushaltspensum von 60 % eine Erhöhung von 1.2 % Dies würde im Resultat, wie erwähnt, zu keinem rentenbegründenden Invaliditätsgrad führen (s. E. II. 9. hiernach).

9.

9.1 Nachfolgend ist der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich zu prüfen.

9.1.1 Die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 50 % gilt ab dem Zeitpunkt der vollständigen Rückkehr in den Arbeitsprozess, bzw. Aufnahme der Tätigkeit im F. \_\_\_\_ im Jahr 2015 (gemäss Arbeitgeberfragebogen per 9. November 2015; IV-Nr. 15). Das Wartejahr ist somit per 1. November 2016 abgelaufen. Sodann hat sich die Beschwerdeführerin am 1. März 2018 zum Bezug von Rentenleistungen angemeldet. Somit könnte ein allfälliger Rentenanspruch in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab 1. September 2018 entstehen, womit das in diesem Zeitpunkt ■ und vor dem 1. Januar 2022 ■ geltende Recht anwendbar ist.

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

9.2 Die von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 25. Juli 2022 angewandten Validen- und Invalideneinkommen sind ■ vorbehältlich eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohns (s. E. II. 9.3 hiernach) ■ nicht zu beanstanden.

9.3 Wird das Invalideneinkommen ■ wie hier der Fall ■ auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C\_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb - cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C\_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter

Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

Die Beschwerdegegnerin hat keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Ob sich ein solcher rechtfertigt, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht mit voller Kognition zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 am Anfang). Anders als bei der Bemessung eines vom Versicherungsträger gewährten Abzuges, welcher der Angemessenheitsprüfung unterliegt, ist das Gericht nicht gehalten, eine gewisse Zurückhaltung walten zu lassen.

Im vorliegenden Fall ist die Beschwerdeführerin gemäss D.\_\_\_\_-Gutachten zu 50 % arbeitsfähig. Daraus resultiert jedoch kein Abzug. So verdienen Frauen ohne Kaderfunktion in einem Pensum von 50 - 74 % im Verhältnis sogar mehr als Frauen in einem Vollzeitpensum (vgl. monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht, 2018, T18). Jedoch ergibt sich aus der Tabelle T12\_b der LSE 2018, dass in diesem Jahr Frauen der Kategorie «ohne Kaderfunktion» und mit Aufenthaltsbewilligung C (Median) ■ wozu die Beschwerdeführerin gemäss Aktenlage zählt (vgl. IV-Nr. 2) ■ im Vergleich zum Total von Schweizern und Ausländern der gleichen Kategorie einen geringeren Lohn erzielten. Dieser Umstand ist im Rahmen des Abzugs zu berücksichtigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_332/2022 vom 19. Oktober 2022 E. 5.2.2.2 vom 4. November 2022 E. 4.3.2).

Des Weiteren wird im polydisziplinären D.\_\_\_\_-Gutachten vom 12. August 2018 folgendes Zumutbarkeitsprofil statuiert: Zumutbar sei eine überwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit weitgehend selbstständig die Position zu wählen und der Möglichkeit selbstgewählte Pausen einzulegen. Kein Erfordernis, regelhaft eine Zwangshaltung einzunehmen, und wenn, dann allenfalls kurz und sporadisch. Keine Witterungsexposition, keine Arbeit auf Leitern oder Gerüsten. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung umfasst der Tabellenlohn im vorliegend für das Invalideneinkommen anwendbare Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb alleine deswegen kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_870/2011 vom 24. August 2012 E 4.1 mit Hinweisen). Das Zumutbarkeitsprofil der Beschwerdeführerin erscheint denn auch nicht derart eingeschränkt, als dass sich aufgrund dessen ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug rechtfertigen würde.

Schliesslich sind rechtsprechungsgemäss regelmässig wiederkehrende krankheitsbedingte Absenzen vom Arbeitsplatz zwar grundsätzlich bei der Festlegung des zeitlich zumutbaren Umfangs der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen. Ausnahmsweise können indes nicht vorhersehbare und schwer kalkulierbare Absenzen, wie sie durch Krankheitsschübe verursacht werden, einen Tabellenlohnabzug rechtfertigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_439/2020 vom 18. August 2020 E. 4.5.2 mit Hinweisen). Bejaht wurde eine Konstellation der letztgenannten Art etwa bei akut auftretenden psychotischen Schüben (Urteil 9C\_439/2020 vom 18. August 2020 E. 4.5.2 f.), bei rezidivierenden abdominalen Beschwerden (Urteil 8C\_179/2018 vom 22. Mai 2018 E. 4.2), bei schubweise auftretenden Atembeschwerden infolge Asthmas (Urteil 9C\_728/2009 vom 21. September 2010 E. 4.3.1, in: SVR 2011 IV Nr. 31 S. 90) sowie bei Panikattacken (Urteil 9C\_462/2007 vom 25. Januar 2008 E. 3.2.2). Als ebenfalls einen Abzug rechtfertigend wertete das Bundesgericht ferner den Umstand, dass ein Versicherter wegen einer Harnblasenfunktionsstörung mehrmals am Tag einen Katheter zur Ableitung des in der Blase angesammelten Urins verwenden musste (Selbstkatheterisierung [Urteil 9C\_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.3.2

f.)). Schliesslich wurde ein Abzug bei Schüben des Morbus Crohn im Sinne von tagsüber auftretenden Durchfallattacken gewährt (Urteil 9C\_42/2022 vom 12. Juli 2022).

Vorliegend gab die Beschwerdeführerin gegenüber den D.\_\_\_\_-Gutachtern zur Häufigkeit der Attacken an, diese seien nicht vorsehbar, sie seien sehr unregelmässig (1 - 2 Mal / Woche und dann wieder eine ganze Woche nichts). Die Attacken seien etwas weniger heftig, seit sie damit umzugehen wisse (sofortige Zuckerzufuhr in Form von Cola oder andern Süssgetränken). Die Dauer der Attacken sei relativ kurz, 5 - 20 min, sie könnten aber auch länger dauern. Heftige Attacken, die eine Hospitalisation notwendig gemacht hätten, habe sie in letzter Zeit keine gehabt. Sie müsse sich aber nach jeder Attacke hinlegen, um sich zu erholen (vgl. IV-Nr. 41). Der letzte Krampfanfall sei vor ein paar Tagen aufgetreten, als sie in der Küche gestanden sei und für ihre Tochter ein Butterbrot geschmiert habe. Der Schmerz sei so intensiv, der «haut einem um». Sie habe zwei Geburten hinter sich, aber diese Bauchkrämpfe seien schmerzhafter als Wehen. Sie gehe dann wirklich in die Knie. Sie müsse dann liegen und abwarten, dabei aber die Zeit stoppen, denn ihr sei gesagt worden, dass sie nicht länger als 25 Minuten warten solle, dann müsse sie notfallmässig ins Spital, um Infusionen mit Glykose zu erhalten. Wenn das nicht helfe, gäbe es noch ein Medikament, das man ihr geben könne (Häm-Arginat). Hinterher sei sie total erschöpft, dann sitze sie nur noch, trinke viel (weil sie sich vorstelle, das tue gut), sie könne dann nicht viel machen, auch nicht mit den Kindern. Wenn der Krampf am Morgen auftrete, dann sei sie eventuell am Nachmittag / Abend wieder auf den Beinen. Wenn dieser am Nachmittag oder Abend auftrete, dann erhole sie sich an dem Tag nicht mehr (IV-Nr. 41, S. 20). Zur Häufigkeit der Porphyrie-Schübe machten die Gutachter im D.\_\_\_\_-Gutachten keine weiterführenden Angaben. Im gastroenterologischen Teilgutachten wurde diesbezüglich lediglich ausgeführt, bei aktuell subakutem Verlauf bestehe keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, dies könne sich im Verlauf ändern. Zudem wurde in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung diesbezüglich ergänzend festgehalten, bei symptomatischer Porphyrie sei das Durchhaltevermögen aufgehoben (vgl. IV-Nr. 41, S. 6).

Die bisherige Häufigkeit der Schübe kann aufgrund der vorliegenden Unterlagen und der anamnestischen Angaben nicht mit Sicherheit eruiert werden. Aufgrund der unbestrittenermassen schubweise auftretenden Porphyrie, welche von den D.\_\_\_\_-Gutachtern bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht mitberücksichtigt wurde, rechtfertigt sich somit zusätzlich ein Abzug vom Tabellenlohn. Zwar hat sich das Bundesgericht bezüglich der Höhe des in diesem Zusammenhang vorzunehmenden Abzugs nicht abschliessend geäussert. Aus der vorstehend aufgeführten Kasuistik ist aber ersichtlich, dass in den Fällen, in welchen die Höhe für einen solchen Abzug zu beziffern war, jeweils ein 10%-Abzug vorgenommen wurde (so in den Urteilen 9C\_439/2020, 8C\_179/2018 und 9C\_42/2022). Dies erscheint denn auch gerechtfertigt, nachdem es sich eben um nicht vorhersehbare, schwer kalkulierbare und damit nicht konkret zu beziffernde Absenzen handelt, welche aber bei einem potentiellen Arbeitgeber entsprechendes Entgegenkommen voraussetzen. Somit ist der Abzug unter Einbezug des vorgenannten Abzugsgrunds ■ Aufenthaltskategorie ■ gesamthaft auf 15 % zu beziffern.

Insofern die Beschwerdeführerin schliesslich geltend macht, vorliegend seien die Wechselwirkungen zwischen Haushalts- und Erwerbstätigkeit zu berücksichtigen, ist darauf hinzuweisen, dass mit der seit 1. Januar 2018 gemäss Art. 27bisIVV neu eingeführten Berechnungsmethode automatisch sichergestellt wird, dass die Wechselwirkungen

zwischen Erwerbstätigkeit und Haushalt im Hinblick auf eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf konsequent berücksichtigt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_445/2019 vom 12. November 2019 E. 4.3). Demnach kann deswegen kein weiterer Abzug vorgenommen werden.

Bei einem Abzug von 15 % (Invalideneinkommen CHF 23'239.85 [CHF 27'341.00 abzüglich 15 %], Valideneinkommen CHF 56'433.00) ergibt sich im ausserhäuslichen Bereich ein Invaliditätsgrad von gerundet 59 % bzw. bei einem Anteil ein 40 % ein Invaliditätsgrad von 23.6 %. Daraus resultiert zusammen mit dem Invaliditätsgrad im Haushaltsbereich von anteilmässig 14.4 % ein Invaliditätsgrad von 38 % und damit kein Rentenanspruch.

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

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Vizepräsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

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