

# SO\_GERICHTE VSBES.2022.210 vom 31. Juli 2023

SO Obergericht, 2023-07-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2022.210\\_d20230731](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.210_d20230731)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2022.210 du 31 juillet 2023

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2022.210 del 31 luglio 2023

## Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt und auf die Beschwerde ist einzutreten. Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente und berufliche Massnahmen. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 14. September 2022 eingetreten ist (Ueli Kieserin: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 ATSG N 109).

1.2 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, welche damals in Kraft standen. Diese werden in der Folge auch zitiert.

### E. 2

2.1 Die Beschwerdeführerin lässt in formeller Hinsicht vorbringen, im Einwandverfahren seien anhand eines Berichts von Dr. med. D.\_\_\_\_ Diagnosen geltend gemacht worden, die im Rahmen der erfolgten polydisziplinären Gutachten ignoriert worden seien. Die Beschwerdegegnerin habe anschliessend bei den Gutachtern eine Stellungnahme eingeholt, ohne die Beschwerdeführerin hierüber zu informieren. Ohnehin hätte gar keine solche Stellungnahme eingeholt werden dürfen. Auch für medizinische Sachverständige gelte der in Art. 30 Abs. 1 BV festgehaltene Anspruch auf einen unabhängigen, unvoreingenommenen und unbefangenen Richter. Das Bundesgericht habe festgehalten, dass das Ergebnis der Begutachtung nach wie vor als offen und nicht vorbestimmt erscheine, wenn der Experte andere Fragen zu beantworten oder sein erstes Gutachten lediglich zu klären, zu erläutern oder zu ergänzen habe, nicht aber, wenn er die Schlüssigkeit seiner früheren Expertise zu überprüfen oder objektiv zu kontrollieren habe (Beschwerde, S. 10 f.).

2.2 Gemäss Art. 29 Abs. 2 Schweizerische Bundesverfassung (BV, SR 101) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung. Andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim

Erlass eines Entscheids dar, der in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheides zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 143 V 71 E. 4.1 S. 72 mit Hinweisen).

Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Die Verletzung der aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 61 lit. h ATSG sowie Art. 112 Abs. 1 lit. b Bundesgesetz über das Bundesgericht (BGG, SR 173.110) abgeleiteten Prüfungs- und Begründungspflicht durch das kantonale Gericht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_393/2017 vom 20. September 2017 E. 4.2, 9C\_416/2012 vom 19. November 2012 E. 4.1 mit Hinweisen) führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst grundsätzlich zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids. Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Unter dieser Voraussetzung ist darüber hinaus ■ im Sinne einer Heilung des Mangels ■ selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des Gehörs von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 136 V 117 E. 4.2.2.2 S. 126 f., 133 I 201 E. 2.2 S. 204 f., 132 V 387 E. 5.1 S. 390 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_555/2020 vom 3. März 2021 E. 4.4.1 mit Hinweisen).

2.3 Den vorliegenden Akten lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdegegnerin nach Einreichung des Berichts von Dr. med. D. \_\_\_ im Einwandverfahren diesen Bericht der Begutachtungsstelle unterbreitete mit dem Ersuchen, zu den Einwänden Stellung zu nehmen (IV-Nr. 45). Die kurze Stellungnahme vom 5. Januar 2022 (IV-Nr. 46) wurde der Beschwerdeführerin zusammen mit der angefochtenen Verfügung zur Kenntnis gebracht (vgl. IV-Nr. 50). Die Beschwerdeführerin hatte somit erst mit der angefochtenen Verfügung Kenntnis und damit zuvor keine Gelegenheit gehabt, sich zur Stellungnahme selber oder zur Frage, ob überhaupt eine solche eingeholt werden solle, zu äussern. Der Gehörsanspruch ist grundsätzlich vor (d.h. nicht mit oder nach) dem Verfügungserlass zu gewähren (Urteil des Bundesgerichts 9C\_411/2018 vom 24. Oktober 2018 E. 2.2 mit Hinweis). Demnach ist bezüglich der Stellungnahme vom 5. Januar 2022 von einer Gehörsverletzung auszugehen. Allerdings ergeben sich aus der kurzen Stellungnahme vom 5. Januar 2022 keine neuen, entscheidungswesentlichen Punkte. Da die Beschwerdeführerin im vorliegenden Beschwerdeverfahren vor dem über eine uneingeschränkte Kognition verfügenden Versicherungsgericht zudem Gelegenheit hatte, sich umfassend dazu zu äussern, gilt die als leichtgradig einzustufende Verletzung ihres rechtlichen Gehörs als geheilt. Eine Rückweisung an die Beschwerdegegnerin wäre als prozessualer Leerlauf zu qualifizieren, der das Verfahren verlängern würde, ohne dass irgendein Nutzen erkennbar wäre.

Eine Partei wäre aufgrund einer Gehörsverletzung nur insoweit zu entschädigen, als bei ihr nennenswerte (zusätzliche) Kosten entstanden sind, die ohne die Gehörsverletzung nicht angefallen wären (Urteile des Bundesgerichts 8C\_758/2009 vom 12. Februar 2010 E. 2.3 und 2.4, 8C\_714/2016 vom 16. Dezember 2016 E. 6). Da die kurze Stellungnahme der Begutachtungsstelle keine weitergehenden Erkenntnisse enthielt als die bereits im Gutachten festgehaltenen, sind solche nennenswerten Kosten nicht ersichtlich, auch wenn die Stellungnahme erst mit der angefochtenen Verfügung zugestellt wurde.

2.4 Nach dem von der Beschwerdeführerin beschwerdeweise vorgebrachten Urteil des Bundesgerichts 9C\_273/2009 vom 14. September 2009 (E. 3.3 und 3.4) hat der Einzelne nach der in Art. 30 Abs. 1 BV enthaltenen Garantie des verfassungsmässigen Richters Anspruch darauf, dass seine Sache von einem unparteiischen, unvoreingenommenen und unbefangenen Richter ohne Einwirkung sachfremder Umstände entschieden wird. Liegen bei objektiver Betrachtung Gegebenheiten vor, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen, so ist die Garantie verletzt. Für Sachverständige gelten grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe. Eine Vorbefassung begründet nicht zwingend den Anschein der Befangenheit. Die Besorgnis der Voreingenommenheit kann gegeben sein, wenn ein Sachverständiger die Schlüssigkeit seiner früheren Expertise zu überprüfen oder objektiv zu kontrollieren hat. Inwiefern dies vorliegend im Rahmen der gutachterlichen Stellungnahme vom 5. Januar 2022 der Fall gewesen sein soll, ist nicht ersichtlich. Der Begutachtungsstelle wurde ein nach Erstellung des Gutachtens von der Beschwerdeführerin eingereichter Arztbericht eines behandelnden Arztes, der sich über diverse Diagnosen äusserte, zur Stellungnahme unterbreitet. Es ging dabei nicht darum, die Schlüssigkeit der eigenen Beurteilung zu überprüfen, sondern um die Frage, ob sich aus den nachträglich eingereichten Unterlagen neue Erkenntnisse ergäben. Inhaltlich wurde in der Stellungnahme lediglich wiederholt, dass bestimmte Diagnosen im Rahmen der Begutachtung nicht hätten erhoben werden können. Dies ergibt sich bereits aus der Begutachtung selber. Insofern enthält auch die Stellungnahme keine neuen Erkenntnisse und insbesondere keine Würdigung der eigenen Beurteilung. Eine Aufhebung des angefochtenen Entscheids aus formellen Gründen ist damit nicht angezeigt.

### **E. 3**

3.1 Anspruch auf eine Invalidenrente haben versicherte Personen, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG).

3.2 Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG], SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur dann vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht

überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

3.3 Nach dem hier massgeblichen bisherigen Recht (siehe E. II. 1.2 hiervor) besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente sowie ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG, in Kraft bis 31. Dezember 2021). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen) in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

3.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.).

Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und gerichtliche Beschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist 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 351 E. 3b/cc

S. 353).

4.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (IV-Nr. 50; A.S. 1 ff.) dar, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit als Sachbearbeiterin seit Juli 2019 im Pensum von 80 % zugemutet werden könne. In einer Verweistätigkeit bestehe ab diesem Zeitpunkt eine volle Arbeitsfähigkeit in einem Pensum von 100 %. Es sei ihr somit weiterhin möglich, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Berufliche Massnahmen seien nicht nötig gewesen. Zu den erhobenen Einwänden nehme man wie folgt Stellung: Das Schreiben von Dr. med. D. \_\_\_ vom 12. September 2021 (IV-Nr. 44) sei der Begutachtungsstelle zur Stellungnahme unterbreitet worden. Anschliessend seien die Unterlagen zusammen mit dem Bericht der Rheumapraxis vom 6. Dezember 2021 (IV-Nr. 48 S. 2 ff.) erneut dem RAD vorgestellt worden. Dieser gehe davon aus, dass eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes vorliege. Neue medizinische Erkenntnisse oder Diagnosen seien nicht dargelegt worden.

4.2 Die Beschwerdeführerin lässt dem in ihrer Beschwerde (A.S. 10 ff.) entgegenhalten, in Bezug auf das Rheuma seien von den Gutachtern keinerlei Abklärungen getätigt worden. Sie habe diesen gegenüber ausgeführt, dass die Hauptprobleme die Autoimmunerkrankung und damit auch das Rheuma, die Depression sowie die daraus resultierenden Hautprobleme seien. Sie habe am 5. Oktober 2020 wegen akuten Rückenschmerzen den Notfall des E. \_\_\_ aufsuchen müssen, wobei eine begleitende Rheumaerkrankung als Differentialdiagnose aufgrund der Colitis ulcerosa festgestellt worden sei. Dennoch habe man im Rahmen der Begutachtung keine bildgebenden Untersuchungen angeordnet. Obschon ein Teilgutachten Allgemeine Innere Medizin durch eine Rheumatologin erstellt worden sei, sei diese nur auf den Diabetes eingegangen. Auch im gastroenterologischen Teilgutachten seien die Rückenschmerzen und die Rheumaerkrankung ignoriert worden. Es müsse zwingend ein rheumatologisches Teilgutachten erstellt werden.

In Bezug auf das allgemein-internistische Gutachten sei zu kritisieren, dass der RAD die Beschwerdeführerin anlässlich des Intake-Gesprächs als instabil eingeschätzt und nachvollziehbare schwere depressive Symptome festgestellt habe, darunter auch ein unwillkürliches Zittern. Ein solches habe die Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung ebenfalls beschrieben. Trotzdem werde von der allgemeininternistischen Gutachterin wie von den übrigen Gutachtern nicht auf dieses Symptom eingegangen. Die Beschwerdeführerin habe sodann von Beginn an von ihrer Colitis ulcerosa berichtet, welche ihre Magen-Darm-Beschwerden begründe. In Stresssituationen habe sie direkt Durchfall und müsse bei der Arbeit ständig auf die Toilette. Im Teilgutachten Allgemeine Innere Medizin werde die Diagnose der Colitis ulcerosa nur kurz erwähnt und auf das gastroenterologische Teilgutachten verwiesen. In diesem Teilgutachten werde festgestellt, dass die Beschwerdeführerin zwingend eine Toilette in der Nähe ihres Arbeitsplatzes haben müsse, welche jederzeit nach Bedarf aufgesucht werden könne. Diese Aussage stehe im Widerspruch zur Einschätzung, dass die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig sei.

Auch die dermatologische Beurteilung sei nicht beweistauglich. Es werde dort nur eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von ca. 20 % attestiert. Doch wie der Gutachter davor erkläre, könne bei einer Verschlechterung je nach Ausprägungsgrad und Beeinträchtigung der Funktion der Hände die Arbeitsfähigkeit in den besonders stark floriden Phase des Ekzems auf bis zu 50 % reduziert sein. In welchen Zeitabschnitten eine solche Verschlechterung auftrete und wie sich diese auf die Arbeitsfähigkeit auswirke,

werde nicht eruiert. Inakzeptabel sei die Feststellung des Gutachters, wonach der geringe diagnostische Aufwand gegen eine wesentliche Einschränkung spreche und dass Therapiereserven bislang ungenützt geblieben seien. Er habe den Ist-Zustand zu beurteilen und keine Prognosen über die Therapierbarkeit zu stellen. Sodann bedeute ein geringer diagnostischer Aufwand nicht, dass das Leiden ebenfalls gering sei.

Auch das psychiatrische Teilgutachten kläre die von der Beschwerdeführerin beklagten gesundheitlichen Beschwerden nicht hinreichend ab. Das durchgeführte Beck Depressions Inventar (BDI) und die Hamilton-Depression-Skala (HAMD-21) wichen weit voneinander ab. Somit unterscheide sich die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin enorm von der Fremdeinschätzung durch den psychiatrischen Gutachter. Doch im selben psychiatrischen Teilgutachten beschreibe der Gutachter die Aussagen der Beschwerdeführerin als plausibel und durchaus konsistent. Dass der Gutachter von keiner psychischen Störung mit versicherungsmedizinischer Bedeutung ausgehe, widerspreche den Einschätzungen des behandelnden Hausarztes Dr. med. F. \_\_\_ und des Psychiaters Dr. med. G. \_\_\_. Sogar der RAD habe während des Intake-Gesprächs festgehalten, dass die vom Hausarzt attestierte 50%ige Arbeitsfähigkeit aufgrund der psychischen Symptomatik nicht nachvollziehbar sei. Der psychiatrische Gutachter setze sich mit den widersprechenden Beurteilungen nicht auseinander. Ebenfalls äussere er sich nicht zur Tatsache, dass die zuständige Krankentaggeldversicherung durchgehend Leistungen aufgrund einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit erbracht habe, obwohl er nur von einer zwei- bis sechswöchigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen sei. Allgemein seien die gesamten Gutachten sehr knapp und oberflächlich gehalten.

Die nachträgliche Stellungnahme der Begutachtungsstelle sei materiell nicht beweistauglich. Die Gutachterin Dr. med. H. \_\_\_ habe dort angegeben, man habe keine rheumatoide oder arthritische Komponente nachvollziehen können. Doch mit dem Arztbericht vom 6. Dezember 2021 habe Dr. med. I. \_\_\_ attestiert, dass neben der Rheumaerkrankung auch noch eine Osteoporose und eine leichtgradige Polyarthrose festgestellt worden seien.

Ebenfalls beweisuntauglich seien die RAD-Stellungnahmen. Die Beweiskraft von Berichten versicherungsinterner Ärzte sei stark zu relativieren. Die RAD-Ärztin habe die Beschwerdeführerin nicht persönlich untersucht. Der RAD habe anlässlich des Intake-Gesprächs am 2. März 2020 festgehalten, dass die Beschwerdeführerin weder aus psychischer Sicht noch aus der Sicht des RAD stabil wirke. Die Gutachter seien dann fälschlicherweise davon ausgegangen, dass sich keine depressive Störung zeige. Dieser Einschätzung werde dann schliesslich gefolgt, obwohl der RAD die Beschwerdeführerin persönlich gesehen und sich ein anderes Bild gemacht habe als das im Gutachten gemacht werde. Dr. med. D. \_\_\_, welcher die Beschwerdeführerin seit Jahren behandle, gehe davon aus, dass die Beschwerdeführerin unter mehreren Beschwerden leide und in der Gesamtsituation sowie unter Berücksichtigung auf deren Wechselwirkung nicht arbeitsfähig sei. Im interdisziplinären Gutachten werde zwar behauptet, die Wechselwirkungen seien berücksichtigt worden, jedoch werde dies weder näher erläutert noch tatsächlich berücksichtigt.

Insgesamt sei im vorliegenden Fall auch ohne weitere Abklärungen der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente zu bejahen. Denn es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin die (bestrittene) verbliebene Restarbeitsfähigkeit aufgrund des bereits fortgeschrittenen Alters nicht mehr verwerten könne. Der Zeitpunkt, in welchem die Frage

nach der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit beantwortet werden könne, liege überhaupt noch nicht vor, da es sich verbiete, auf das eingeholte Gutachten abzustellen und demnach der medizinische Sachverhalt überhaupt noch nicht hinreichend abgeklärt sei. Selbst wenn jedoch zu Unrecht davon ausgegangen würde, dass dies der Fall sei, sei eine Altersinvalidität zu bejahen. Die Beschwerdeführerin sei zum relevanten Zeitpunkt mehr als 60 Jahre alt gewesen und die Aktivitätsdauer bis zur ordentlichen Pensionierung sei damit gering. Kein potenzieller Arbeitgeber würde sie bei einer bloss noch derart kurzen Aktivitätsdauer, der altersbedingt geringen Anpassungsfähigkeit und langen Einarbeitungszeit sowie der bereits langanhaltenden Abwesenheit vom Arbeitsmarkt einstellen.

Zur Wahrung sämtlicher Rechte sei schliesslich festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zu Unrecht keinen Einkommensvergleich vorgenommen habe. Als Valideneinkommen sei auf das letzte, vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielte Einkommen im Jahr 2018 abzustellen. Indexiert auf das Jahr 2020 resultiere damit ein Valideneinkommen von mindestens CHF 80'654.00. Für die Festlegung des Invalideneinkommens sei zu beachten, dass die Beschwerdeführerin eine Ausbildung zur Zahntechnikerin gemacht und auf diesem Beruf gearbeitet habe, bis eine Allergie dies verunmöglicht habe. Seit 1989 sei sie als Sachbearbeiterin tätig gewesen. Eine entsprechende Ausbildung könne sie aber nicht vorweisen. Sie sei daher im Kompetenzniveau 1 einzugliedern, welches nach der LSE Tabelle 2020, Kompetenzniveau 1, Total Frauen, und nach Aufrechnung der Wochenstunden ein Invalideneinkommen von CHF 53'492.76 für 100 % ausweise. Von diesem Invalideneinkommen wäre sodann ein leidensbedingter Abzug von 25 % vorzunehmen. Die Beschwerdeführerin könne selbst nach Massgabe des Gutachtens bloss noch Teilzeit arbeiten. Hinzu komme das stark fortgeschrittene Alter. Der leidensbedingte Abzug sei gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung als Korrektiv wirksam zu nutzen und es sei der höchstmögliche Abzug zu gewähren. Somit resultiere ein Invalideneinkommen von maximal CHF 40'119.57. Selbst wenn man der bestrittenen Beurteilung im Gutachten folgen und zu Unrecht nicht von einer Altersinvalidität ausgehen würde, resultiere ein Invaliditätsgrad von 50 % und damit ein Anspruch auf eine halbe Invalidenrente.

Im Weiteren habe die Beschwerdeführerin Anspruch auf berufliche Massnahmen. Aus dem Hauptantrag auf eine ganze Rente könne nicht auf eine fehlende subjektive Eingliederungsbereitschaft geschlossen werden. Es bestehe Anspruch auf die vollumfängliche Palette sowohl an Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung als auch an beruflichen Massnahmen. Nach Massgabe des aufgezeigten Einkommensvergleichs habe die Beschwerdeführerin sogar Anspruch auf eine Umschulung. Eventualiter wäre der Sachverhalt seitens des Gerichts durch eine rheumatologische Begutachtung zu klären.

4.3 Die Beschwerdegegnerin führt in der Beschwerdeantwort (A.S. 40 ff.) ergänzend aus, das Vorbringen der Beschwerdeführerin, es hätte zwingend eine rheumatologische Begutachtung vorgenommen werden müssen, sei verspätet. Dem Einwand, der RAD habe die Beschwerdeführerin gemäss Intake-Protokoll als instabil eingeschätzt, sei zu entgegnen, dass es bei den Intake-Gesprächen nicht um eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gehe. Es gehe vielmehr darum, einen ersten Eindruck von der versicherten Person zu gewinnen, um im Anschluss über das weitere Vorgehen zu entscheiden. Das Intake-Protokoll basiere im Wesentlichen auf den Angaben der versicherten Person und sei nicht geeignet, daraus Schlüsse zur Arbeitsunfähigkeit zu ziehen. Dem Argument, dass eine allfällige

Restarbeitsfähigkeit nicht mehr verwertbar sei, sei zu entgegnen, dass die Rechtsprechung für die altersbedingte Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit relativ hohe Hürden aufgestellt habe. Bei einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in der angestammten Tätigkeit sei eine Verwertbarkeit klar zu bejahen. Eingliederungsmassnahmen seien bei der vorliegenden Arbeitsfähigkeit nicht erforderlich.

4.4 In ihrer Replik (A.S. 52 ff.) lässt die Beschwerdeführerin noch ergänzend ausführen, es sei einem juristischen Laien nicht zuzumuten, die Begutachtung einer weiteren Disziplin zu fordern. Nur weil sie nicht regelmässig beim Rheumatologen vorstellig gewesen sei, könne nicht auf einen geringen Leidensdruck geschlossen werden. Die Colitis ulcerosa sei vom Gutachter nicht korrekt wiedergegeben worden. In Stresssituationen habe die Beschwerdeführerin direkt Durchfall und müsse bei der Arbeit ständig auf die Toilette. Dass die Schilderung der Beschwerdeführerin im gastroenterologischen Gutachten übertrieben gewesen sei, werde bestritten.

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung zu Recht abgelehnt hat. Hierfür sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen relevant:

5.1 Gemäss Attest von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, spez. Endokrinologie, vom 11. Februar 2020 habe bei der Beschwerdeführerin eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit während der Zeit vom 12. Dezember 2019 bis 29. Februar 2020 vorgelegen. Danach betrage die Arbeitsunfähigkeit 50 % (IV-Nr. 9 S. 2). Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit wurde mit Attest vom 19. März 2020 (IV-Nr. 15 S. 6) bis 30. April 2020 verlängert.

5.2 Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 17. September 2019 zuhanden der Taggeldversicherung über eine mittelgradige depressive Episode und einen Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (IV-Nr. 13 S. 2 ff.). Die Beschwerdeführerin habe Schlafstörungen, Druck auf der Brust, eine bedrückte und weinerliche Stimmung, keinen Antrieb, keine Freude und einen reduzierten Appetit. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei reduziert. Die Beschwerdeführerin äussere Ängste, sehe sich als Opfer und sei gekränkt. Es sei aktuell unklar, wann sich die Arbeitsfähigkeit verbessern werde.

5.3 Gemäss dem Arztbericht von lic. phil. J.\_\_\_\_ vom 30. April 2020 (IV-Nr. 14), behandelnde Psychologin, ist bei der Beschwerdeführerin eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen (F32.1), seit Oktober 2019, zu diagnostizieren. Weiter liege, ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, eine Akzentuierung von Persönlichkeitszügen, Typ-A Verhalten (Verhaltensmuster, das durch Ehrgeiz, starkes Erfolgsstreben, Ungeduld und Druckgefühl charakterisiert ist), vor (Z73.1). Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 %. Die Beschwerdeführerin leide unter Konzentrationsschwierigkeiten und Schlaflosigkeit in Kombination mit verschiedenen Ängsten. Psychosomatische Komplikationen wie die wiederkehrende Magendarmentzündung (aktuell akut) und Neurodermitis (offene Hände) belasteten sie zusätzlich. Im Hintergrund stünden weiter die Diabetes-Erkrankung sowie andere Autoimmunerkrankungen. Eine baldige Remission sei fragwürdig.

5.4 Laut dem Arztbericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 15. Juni 2020 (IV-Nr. 22) ist als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere depressive Episode (F32.2) zu attestieren. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien:

Die Beschwerdeführerin habe seit Mitte 2018 eine Depression entwickelt, welche in den diabetologischen Routinekontrollen zunehmend Raum eingenommen habe. Dies vor allem auch in Zusammenhang mit übermässiger Belastung und zum Teil Mobbingvorwürfen am Arbeitsplatz. Auch eine Rolle spielten die übrigen Erkrankungen (Colitis ulcerosa, schwer einstellbarer Diabetes mellitus 2, rezidivierende Dermatose im Hand/Fingerbereich). Bei der letzten somatischen Kontrolle habe die Beschwerdeführerin eigentlich einen recht stabilen Eindruck gemacht. Von Seiten des Diabetes mellitus bestehe im Moment eine eher stabile Situation, die Blutzuckereinstellung sei allerdings altersentsprechend weiterhin noch etwas zu hoch.

5.5 Die Beschwerdegegnerin hat bei der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_, konkret bei Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Dermatologie und Venerologie, Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie, und Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein polydisziplinäres Gutachten eingeholt (IV-Nrn. 34.1 bis 34.9). Dieses datiert vom 18. Mai 2021.

5.5.1 Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung (IV-Nr. 34.3) hat die Beschwerdeführerin zu ihren subjektiven Beschwerden ausgeführt, es gehe ihr nicht gut damit, dass sie Hautveränderungen an den Händen und am Bauch habe. Man habe lange Zeit nicht gewusst, was es sei, später habe man jedoch festgestellt, dass die Hautveränderungen psychische Gründe hätten. Seit 2000 leide sie unter einer Colitis ulcerosa und es sei auch ein Diabetes mellitus Typ 2 bekannt. Dieser sei schwer einstellbar, weil er ebenfalls von psychischen Faktoren abhängt. Sie habe im Rahmen der Colitis ulcerosa auch unter Nervenzusammenbrüchen gelitten. Deswegen habe sie sich in psychiatrische Betreuung begeben, wo sie etwa zwei Jahre gewesen sei. Danach sei es ein wenig besser geworden. Sie habe ein aktuelles Problem: Ihr sei nach 30 Jahren Firmenzugehörigkeit gekündigt worden. Sie sei die rechte Hand ihres Chefs gewesen, bis zu seinem Tod. Danach habe die Ehefrau die Firma übernommen. Sie sei danach sehr stark gemobbt worden. 2018 habe sie damit begonnen, Temesta und Lexotanil zur Beruhigung einzunehmen. Die offizielle Begründung der Kündigung sei eine Reorganisation der Firma gewesen. Dabei seien aber drei neue Personen eingestellt worden, die jetzt ihre Arbeit erledigten. Sie träume heute noch von der Firma. Ihren gegenwärtigen Partner kenne sie schon seit 38 Jahren. Seit 28 Jahren sei sie mit ihm liiert. Man habe getrennte Wohnungen, verbringe aber sehr viel Zeit zusammen. Ihr Schlaf sei schlecht. Sie sei eine sensible Person. Eine psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung finde auch noch aktuell regelmässig statt. In letzter Zeit habe sie familiäre Probleme, vor allem mit der ältesten Schwester. Für diese sei das Geld sehr wichtig. Ihre Stimmung sei gedrückt. In erster Linie noch wegen der Kündigung, zum anderen wegen der Konflikte mit der Schwester, die sich aus dem Erbe des Vaters ergäben. Auch wenn sie manchmal traurig sei, könne sie sich dennoch wieder freuen. Sie setze sich mitunter gerne in eine dunkle Ecke, finde dann aber doch wieder Freude an bestimmten Dingen oder Ereignissen. Sie habe manchmal auch Schuldgefühle und neige dazu, manches auf sich zu beziehen. Sie lehne sich selbst nicht ab. An Selbstmord habe sie früher schon gedacht und habe in der 3. oder 4. Klasse, als die Eltern sich in der Trennungsphase befunden hätten, einen Suizidversuch unternommen. Als Kind habe sie sich auch am Unterarm geritzt, habe aber später gesehen, dass dies keinen Sinn mache, so habe sie es wieder gelassen. Sie weine manchmal, aber es komme immer seltener vor. Sie habe Schwierigkeiten, Entschlüsse zu fassen, aber sie sei Sternzeichen

Waage und da habe sie schon immer dieses Problem gehabt. Sie sei sehr korrekt in ihren Handlungen, sehr pedantisch, sehr sensibel, sie setze hohe Massstäbe an sich selbst, aber auch an andere. Manchmal fühle sie sich wertlos. Manchmal habe sie auch wenig Energie, ermüde relativ schnell. Der Schlaf sei schon seit Jahren schlecht, seit der Kündigung sei er noch schlechter. Manchmal fühle sie sich reizbar, dies bekomme auch ihr Partner zu spüren. Der Appetit habe sich vorübergehend verschlechtert, jetzt sei dieser wieder normal. Sie habe auch Kopfschmerzen, manchmal seien diese migräneartig und schon häufig in Verbindung mit anderen Problemen gesundheitlicher Art aufgetreten. Die Konzentration sei nicht immer gut. Manchmal könne sie nicht einmal richtig lesen, weil sie schnell ermüde. Sie habe einige gute Kollegen. Sie habe den Führerausweis und fahre Auto. Ihr Tagesablauf sehe so aus, dass sie morgens gegen 09:00 Uhr aufstehe. Es sei davon abhängig, wann sie einschlafe und wieviel sie schlafe. Dann gehe sie ins Bad, behandle ihre Hände mit einer Salbe, verrichte ihre Morgentoilette. Manchmal widme sie sich dem Haushalt, manchmal gehe sie auch nach draussen, treffe sich mit ihrem Partner. Sie gehe mit ihm Kaffee trinken, einkaufen, bestimmte Sachen erledigen. Meist finde ein gemeinsames Mittagessen statt. Nach dem Essen lege sie sich hin und versuche etwas zu schlafen, meist gelinge ihr dies aber nicht. Dann mache sie verschiedene Arbeiten im Haushalt oder gehe noch etwas spazieren. Zum Nachtessen sei sie meist allein. Abends sitze sie am Computer, telefoniere oder schaue Fern. Zu Bett gehe sie gegen Mitternacht. Früher sei sie gerne Velo gefahren, das mache sie jetzt nicht mehr. Einmal in der Woche spiele sie mit einer Kollegin Karten. Sie besitze ein Haus in Afrika, könne vielleicht nicht mehr dorthin reisen. Momentan plane sie keine Reisen.

Der psychiatrische Gutachter erhebt folgende Befunde: Die Beschwerdeführerin wirke bei der Befragung konzentriert und aufmerksam, das Gedächtnis erscheine ungestört. Während der Exploration bestünden keine Beeinträchtigungen der Steuerungsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin wirke zu keinem Zeitpunkt depressiv, sei emotional ausreichend schwingungsfähig. Ich-Störungen lägen keine vor. Aufmerksamkeit, Konzentration, Auffassung, Gedächtnis und Abstraktion erschienen im Rahmen der aktuellen Exploration und der klinisch psychiatrischen Untersuchung nicht reduziert, sie korrelierten mit dem guten kognitiven und intellektuellen Niveau. Eine Ermüdung sei im Rahmen der aktuellen Exploration nicht erkennbar. Die Denkstruktur wirke geordnet, nicht auf negative Kognitionen eingeengt, stellenweise aber auf die belastenden Lebensereignisse, speziell den Arbeitsplatzverlust fokussiert. Das Denken sei weder gehemmt noch beschleunigt. Es sei kohärent, nicht assoziativ gelockert. Das Intelligenzniveau sei gut durchschnittlich differenziert. Die Beschwerdeführerin wirke in der Exploration psychomotorisch überwiegend ruhig. Interesse und Freudempfinden erschienen gegenwärtig situativ allenfalls leicht reduziert, der Antrieb sei aber ungestört. Die Grundstimmung sei euthym. Affektiv wirke die Beschwerdeführerin nicht labil. Sie sei ausreichend schwingungsfähig. Hinweise für inadäquate Affekte oder eine dysfunktionale Affektregulation lägen nicht vor. Eine Eigen- oder Fremdgefährdung, aktive Suizidgedanken, Vorbereitungshandlungen oder passive Todeswünsche liessen sich nicht explorieren. In der Persönlichkeit ergäben sich Hinweise auf leichte narzisstische Tendenzen, eine leicht erhöhte Empfindsamkeit, bei Kränkungen auch eine leicht reduzierte emotionale Belastbarkeit und Frustrationstoleranz. In Bezug auf Selbstreflexion, Selbstbild, Identität und Affektdifferenzierung bestünden aktuell keine Auffälligkeiten. Trotz eines eher introvertierten Lebensstils zeige die Beschwerdeführerin eine gute Befähigung zu Kommunikation und Zuwendung. Alltagsrelevante Zwänge oder Phobien würden nicht geschildert. Die Realitätsorientierung

und der Realitätsbezug seien erhalten.

Die Auswertung des BDI (Beck Depressions Inventar, Selbstbeurteilungsinstrument) ergebe bei der Beschwerdeführerin einen Gesamtsummenwert von 37 (schwere Depression) und korreliere nicht mit dem klinischen Befund sowie dem Ergebnis des HAMD-21, in welchen sich aktuell keine Anhaltspunkte für eine depressive Störung ergäben. Bei der Hamilton-Depression-Scale (HAMD-21, klinisches Interview zur Fremdbeurteilung und Quantifizierung der Schwere einer depressiven Symptomatik sowie der somatischen Depressionssymptome) hätten sich 6 Punkte ergeben (keine Depression).

5.5.2 Im gastroenterologischen Teilgutachten (IV-Nr. 34.4) wird zu den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin festgehalten, sie habe gelegentliche thorakoabdominale krampfartige Beschwerden. Ferner klage sie über Diarrhoe mit sehr wechselhafter Ausprägung, momentan eher gebessert. Blut im Stuhl habe sie nicht. Intermittierend komme es zu Magenkrämpfen und Refluxbeschwerden. Ferner lägen eine Anämie, Blasenbeschwerden, Gelenkrheumatismus und ein Ekzem im Bereich der Hände vor. Wesentliche Beschwerden im Bereich von Herz und Lunge oder neurologische Symptome habe sie nicht. Orthopädisch bestünden Schmerzen im Bereich von Knien, Ellbogen, Händen und Fingern.

Der Gutachter erhebt folgende Befunde: Das Abdomen sei adipös. Es zeigten sich normale Darmgeräusche und keine wesentlichen Druckschmerzen auch bei tiefer Palpation. Trophische Störungen bestünden im Bereich beider Füße. Es liege eine Besenreiservarikose vor. Diagnostisch sei eine langjährig bekannte Colitis ulcerosa gegeben, mit bekannten Schüben aus den Jahren 1985, 1987 und 2000. Diese Erkrankung sei gastroenterologisch bioptisch gesichert. Differentialdiagnosen kämen somit nicht in Betracht. Seit vielen Jahren werde diese Erkrankung durchgehend täglich behandelt. Sie sei mit dieser Therapie relativ stabil eingestellt. Vorhandene Durchfälle seien von stark wechselnder Intensität, jedoch generell nicht sehr limitierend. Eine seit 2017 bekannte gastroösophageale Refluxerkrankung sei ebenfalls zufriedenstellend eingestellt und habe keine wesentlichen Auswirkungen im Bereich des Berufs- oder Privatlebens.

5.5.3 Gegenüber der allgemeinmedizinisch-internistischen Teilgutachterin (IV-Nr. 34.5) hat die Beschwerdeführerin zu ihren Beschwerden angegeben, ihr sei nach 30 Jahren am Arbeitsplatz gekündigt worden. Ihre ganzen Krankheiten hätten aber schon vor 35 Jahren angefangen. Sie habe von klein auf Probleme mit der Blase und mit Angina gehabt. Im Alter von 15 Jahren habe sie dann Rheuma bekommen mit Schmerzen in den Knien, Ellenbogen und Händen. Damals hätten sie auch herausgefunden, dass sie unter Blutarmut leide und sie habe vorübergehend Rheumamedikamente bekommen, die sie im Verlauf wieder habe absetzen können. Auch sei sie psychisch von daheim angeschlagen gewesen, da die Eltern oft Unstimmigkeiten gehabt hätten. 1991 sei ein Diabetes mellitus festgestellt worden. Ausserdem habe sie damals Probleme mit dem Darm gehabt. Ende der 80er Jahre sei es ihr sehr schlecht gegangen und es sei damals eine Kolitis diagnostiziert worden. Aktuell leide sie vor allem noch unter den Magen-Darm-Beschwerden, sie habe Kopfweh und es sei ihr schlecht und schwindelig. Ausserdem habe sie einen Diabetes und sei sehr stark müde. Sie habe chronische Sinusitis, Arthritis und Arthrose, ausserdem sei sie insgesamt total überfordert. Ihre Beschwerden hätten vor allem im Jahre 2017 begonnen, als der vorherige Chef verstorben sei und dann seine Frau das Geschäft übernommen habe. Aufgrund der Anfeindungen durch die Chefin sei es ihr immer schlechter gegangen bis sie einen Nervenzusammenbruch gehabt habe. Sie zwingt sich aufzustehen, häufig müsse sie

sich nach einer Stunde wieder hinlegen. Ihre Müdigkeit sei unterschiedlich stark ausgeprägt. Nachts schwitze sie häufig vermehrt, für ca. 15 Minuten, dann sei es wieder verschwunden. Der Durst sei normal, der Appetit unterschiedlich. Im Hinblick auf den Stuhlgang habe sie häufig Durchfall, ausserdem leide sie auch unter abdominellen Beschwerden. Morgens habe sie häufig Übelkeit, Erbrechen müsse sie nicht. Knöchelödeme habe sie gelegentlich, hier seien Krampfadern bekannt und sie sei auch schon an den Krampfadern operiert worden. Der Blutdruck sei normal. Kopfschmerzen habe sie häufig, Schwindel auch. Am Bewegungsapparat bestünden Anlaufbeschwerden im Bereich der Kniegelenke sowie Schmerzen im Bereich von Hüftgelenken und des unteren Rückens.

Die Gutachterin erhebt folgende Befunde: Es präsentiere sich eine 61-jährige Beschwerdeführerin in gutem Allgemein- und stark übergewichtigem Ernährungszustand. Die Haut sei in Farbe und Pigmentierung normal, mit Exanthem im Bereich des Abdomens sowie Besenreiservarikosis und im Bereich der Handinnenflächen. Der auskultatorische Thoraxbefund sei unauffällig. Soweit beurteilbar sei das Abdomen weich, ohne Druckschmerz oder palpable Resistenzen. Darmgeräusche seien in allen Quadranten lebhaft vorhanden. Das Nierenlager sei beidseits klopfschmerzfrei. Die Wirbelsäule sei im Lot, die Beweglichkeit bei Globalfunktionstest gut. Die peripheren Gelenke seien inspektorisch und palpatorisch unauffällig. Im Bereich des Schultergürtels beidseits gebe die Explorandin ziehende Schmerzen im Bereich des Musculus deltoideus beidseits an. Aktuell bestehe kein Hinweis für eine Arthritis oder Synovitis. Die grob orientierende neurologische Untersuchung sei unauffällig. Die Laboruntersuchung zeige eine leichte CRP-Erhöhung, am ehesten im Rahmen der Adipositas bzw. der bekannten Kolitis. Ebenfalls zeige sich eine leichte Erhöhung der GOT und GGT, am ehesten im Rahmen der bekannten Steatosis hepatis bzw. primär sklerosierenden Cholangitis. Der Diabetes mellitus sei mit HbA1c nach NGSP 5.8% ideal eingestellt. Insgesamt bestehe aus internistischer Sicht ein Diabetes mellitus Typ II.

5.5.4 Im dermatologischen Teilgutachten (IV-Nr. 34.6) wird zu den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin angegeben, diese habe über die Kündigung ihrer Stelle nach über 30 Jahren Betriebszugehörigkeit berichtet. Vorausgegangen seien intensive Probleme an ihrem Arbeitsplatz mit Mobbing. Als Folge der psychischen Belastung habe sich ihr Gesundheitszustand massiv verschlechtert. Aktuell habe sie Ekzeme, durchsetzt mit schmerzhaften Einrissen (Rhagaden) im Bereich beider Handflächen. Diese seien erstmals im Rahmen der Ausbildung zur Zahntechnikerin aufgetreten. Nach Aufgabe dieser Tätigkeit seien diese nicht mehr erschienen, aber in Zusammenhang mit den psychischen Belastungen am Arbeitsplatz wieder aufgetreten.

Der Gutachter erhebt folgende Befunde: Im Bereich beider Handflächen zeigten sich flächenhaft Rötungen und Lichenifikationen als Zeichen einer chronischen Entzündung. An der rechten Handfläche bestehe darüber hinaus eine tiefe, ca. 3 cm lange Rhagade. An den Streckseiten der Hände habe es ebenfalls kleinflächige, gerötete, raue Areale. Vereinzelt bestünden exkorierte Herde im Bereich der Unterarme. An der vierten Zehe des rechten Fusses sei die Nagelplatte verdickt und weisslich verfärbt, gut vereinbar mit einer beginnenden Onychomykose. Ansonsten seien sämtliche Fuss- und Fingernägel unauffällig, insbesondere gebe es keine Zeichen einer Nagelpsoriasis. Das übrige Integument und die Kopfhaut seien frei von weiteren Auffälligkeiten. Zusammengefasst bestehe ein chronisch-rezidivierendes Handekzem mit Streuung auf die Unterarme. Für sonstige

Hauterkrankungen, von einer geringgradigen Onychomykose abgesehen, gebe es keine Anzeichen. Insbesondere bestehe kein Hinweis auf eine Psoriasis.

5.5.5 Zusammenfassend stellen die Gutachterin und die Gutachter folgende Diagnosen (IV-Nr. 34.1):

mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Chronisch-rezidivierendes rhagadiformes Handekzem

ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

6. Die Beschwerdeführerin stellt in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_, ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Allgemein kann zum eingeholten Gutachten einleitend gesagt werden, dass dieses in Kenntnis der Aktenlage, nach eingehenden Untersuchungen, unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden und von auf den entsprechenden Fachgebieten ausgewiesenen Fachärzten erstellt wurde. Insofern erfüllt das Gutachten die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise. Auf das Vorbringen der Beschwerdeführerin, ihre rheumatischen Beschwerden seien ignoriert worden, wird im Folgenden einzugehen sein.

6.1 In der psychiatrischen Beurteilung wird inhaltlich nachvollziehbar dargelegt, dass sich bei der Beschwerdeführerin im Rahmen eines Arbeitsplatzkonfliktes Hinweise auf eine leichte narzisstische Kränkung ergäben und zusätzlich psychosoziale Belastungen überwiegend familiärer Art bestünden. Diesbezüglich ist festzustellen, dass der Arbeitsplatzkonflikt für die Beschwerdeführerin auch im Rahmen der anderen Teil-Begutachtungen jeweils im Vordergrund stand. Im Hinblick auf die Persönlichkeit, führt der psychiatrische Gutachter aus, ergäben sich allenfalls leichte Auffälligkeiten. Er weist darauf hin, dass die Beschwerdeführerin bislang im Hinblick auf ihre beruflichen Ziele ein weitgehend zielgerichtetes Verhalten und Handeln gezeigt wie auch Ehrgeiz und Ausdauer an den Tag gelegt habe. Im Umgang mit anderen verhalte sie sich interpersonell konkurrierend. Auch sonst bestünden keine Hinweise auf dysfunktionale emotionale und verhaltensbezogene Faktoren sowie fehlende interaktionelle und kommunikative Kompetenzen. Insgesamt schliesst der psychiatrische Gutachter aus den von ihm erhobenen Befunden, dass gegenwärtig weder relevante akute noch chronische psychische Störungen mit versicherungsmedizinischer Bedeutung vorhanden seien. Es gebe zwar Hinweise auf leicht narzisstische Tendenzen, leicht erhöhte Empfindsamkeit, bei Kränkungen auch leicht reduzierte emotionale Belastbarkeit und Frustrationstoleranz. Diesbezüglich wird darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin in der Kindheit zu Selbstverletzungen geneigt habe. Allerdings konnte der Gutachter aktuell in Bezug auf Selbstreflexion, Selbstbild, Identität und Affektdifferenzierung keine Auffälligkeiten feststellen. Dazu wird festgehalten, dass die Beschwerdeführerin trotz eines eher introvertierten Lebensstils eine gute Befähigung zu Kommunikation und Zuwendung zeige. Dies spiegelt sich auch in der langjährigen Beziehung zu ihrem Partner wider. Weiter werden keine Ich-Komplex Defizite festgestellt. Zu den Ressourcen sei zu sagen, dass die Beschwerdeführerin von ihrem Partner eine volle soziale Unterstützung erhalte. Der Therapieverlauf ■ die Beschwerdeführerin erhalte eine supportive Therapie ■ wird als positiv bewertet. Eine solche könne weiter unterstützend und resilienorientiert mitwirken. Zur Konsistenz und Plausibilität hält der psychiatrische Gutachter fest, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung gut belastbar erscheine und sich keine

relevanten Einschränkungen oder Funktionseinbußen ergäben. Die Angaben der Beschwerdeführerin hierzu seien durchaus konsistent und plausibel.

Schliesslich geht der psychiatrische Gutachter auf die vorhandenen Akten ein und hält fest, aus dem ersten psychiatrischen Bericht gehe hervor, dass bei der Beschwerdeführerin eine mittelgradige depressive Episode bestehe. Aus aktueller psychiatrischer Sicht wird diese eher als eine affektive Reaktion auf eine narzisstische Kränkung gesehen (Anpassungsproblematik), jedoch nicht als eine eigenständige depressive Episode. Dies erscheint unter Berücksichtigung der von ihm erhobenen Befunde plausibel. Hier wird wiederum auf die Auffälligkeiten in der Persönlichkeitsstruktur hingewiesen, wobei nicht von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung, sondern eher von einer Persönlichkeitsakzentuierung auszugehen sei. Dies wiederum entspricht auch der Einschätzung der Fachpersonen, die die Beschwerdeführerin bisher therapeutisch begleitet haben. Zu den im ersten psychiatrischen Bericht vom Psychiater geschilderten affektiven Symptomen hält der Gutachter fest, diese seien abgeklungen und bestünden aktuell nicht. Auch dies erscheint mit Blick auf die erhobenen Befunde einleuchtend. Mit Bezug auf den späteren Bericht der psychologischen Psychotherapeutin vom 30. April 2020 (IV-Nr. 14; E. II. 5.3 hiervor) hält der Gutachter fest, es ergäben sich dort Hinweise auf eine affektive Störung im Rahmen der Arbeitsplatzkonfliktsituation, jedoch würden eher auffällige Verhaltensmuster als eine Depression geschildert. Auch die im Bericht beschriebenen Symptome wie Müdigkeit, Antriebslosigkeit und Vergesslichkeit könnten im Rahmen der aktuellen Untersuchung nicht objektiviert werden. Insgesamt erscheint die gutachterliche Einschätzung, dass bei der Beschwerdeführerin keine versicherungsmedizinisch relevante Diagnose gegeben ist, nachvollziehbar. Folglich wird aus psychiatrischer Sicht auch eine Arbeitsfähigkeit von 100 % attestiert. Retrospektiv wird im Rahmen der Anpassungsproblematik aufgrund des Arbeitsplatzkonflikts allenfalls eine Arbeitsunfähigkeit von zwei bis sechs Wochen gesehen.

Die Beschwerdeführerin lässt hinsichtlich des psychiatrischen Teilgutachtens rügen, es sei widersprüchlich, wenn das erhobene Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrument derart voneinander abweiche, die Aussagen der Beschwerdeführerin vom Gutachter aber gleichzeitig als plausibel erachtet würden. Hierin kann jedoch kein Widerspruch erkannt werden: Die Beschwerdeführerin sieht sich subjektiv mehr eingeschränkt, als dies aufgrund der objektiven Befundlage attestiert wird. Dies steht in Einklang mit den festgestellten Akzentuierungen ihrer Persönlichkeit mit erhöhtem Ehrgeiz und reduzierter emotionaler Belastbarkeit und Frustrationstoleranz bei Kränkungen. Weiter wird moniert, es finde im Gutachten keine Auseinandersetzung mit divergierenden Berichten statt. Der psychiatrische Gutachter ist indessen auf die vorhandenen psychiatrischen/psychologischen Berichte eingegangen. Was die Einschätzung des Hausarztes, Dr. med. F. \_\_\_\_, anbelangt, so ist hierzu zu sagen, dass dieser kein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist und die Beschwerdeführerin auch nicht in dieser Hinsicht behandelt.

6.2 In der gastroenterologischen Beurteilung wird schlüssig dargelegt, dass bei der Beschwerdeführerin eine medikamentös gut eingestellte Colitis ulcerosa vorliege, die seit vielen Jahren bestehe. Dies entspricht der Aktenlage. Als limitierende Auswirkungen werden rezidivierende Durchfälle von stark wechselnder Intensität genannt. Die Symptomausprägung wird in der Schilderung als leicht übertrieben beschrieben. Der Gutachter führt dies auf medizinfremde Einflüsse, insbesondere das schlechte Verhältnis mit dem letzten Arbeitgeber, zurück. Er hält fest, dass die Colitis ulcerosa mit

entsprechender Medikation zufriedenstellend eingestellt sei. Für den Fall des erneuten Auftretens entzündlicher Schübe stünde zur Behandlung eine grosse Palette der üblichen Medikamente zur Verfügung, deren Einsatz derzeit jedoch nicht indiziert sei. Daraus wird geschlussfolgert, dass die gastroenterologischen Symptome bezüglich einer Berufsausübung keine wesentlichen limitierenden Faktoren darstellen. Auch dies erscheint plausibel, zumal die Beschwerdeführerin mit dieser Einschränkung offensichtlich jahrelang vollzeitig berufstätig sein konnte. Bezüglich Konsistenz hält der Gutachter fest, dass aus gastroenterologischer Sicht allenfalls geringgradige Einschränkungen des Aktivitätsniveaus bestünden, die sich gleichermaßen im Berufs- und Privatleben auswirkten. Die Symptome erscheinen gutachterlich insgesamt plausibel, wenn auch eine leichte Tendenz zur Aggravierung im Rahmen einer insgesamt vorhanden klagsamen Attitüde gesehen wird. Eine Arbeitsunfähigkeit wird aus gastroenterologischer Sicht nicht festgelegt. Dies haben auch die behandelnden Ärzte in der Vergangenheit nicht getan.

Die Beschwerdeführerin lässt hinsichtlich des gastroenterologischen Teilgutachtens rügen, dort würden die Rückenschmerzen der Beschwerdeführerin ignoriert. Inwiefern sich ein Gastroenterologe zu fachfremden Rückenschmerzen äussern müsste, ist weder ersichtlich noch dargetan. Ebenso wird ein Widerspruch darin gesehen, dass im Rahmen der Beurteilung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit angegeben wird, die Beschwerdeführerin sei darauf angewiesen, eine Toilette in der Nähe zu haben. Weshalb sich aus diesem Umstand eine zeitliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergeben sollte, ist jedoch ebenfalls nicht erkennbar. Diesbezüglich ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin in der Vergangenheit ohne Weiteres in einem Vollpensum tätig sein konnte.

6.3 Die internistische Gutachterin, die ebenfalls über einen Facharztstitel der Rheumatologie verfügt, hält in ihrer Beurteilung zutreffend und in Übereinstimmung mit der Aktenlage fest, dass bei der Beschwerdeführerin seit annähernd 30 Jahren ein Diabetes mellitus II bestehe, welcher zunächst diätetisch therapiert worden sei und zuletzt auch noch mit einem Insulinpräparat zusätzlich zu den oralen Antidiabetika behandelt werde. Dieser sei aus allgemeinmedizinisch-internistischer Sicht gut eingestellt, weshalb weitere Massnahmen aktuell nicht erforderlich seien. Im Weiteren bestünden noch eine Colitis ulcerosa sowie eine Steatosis hepatis und eine primär sklerosierende Cholangitis. Aus allgemeinmedizinisch-internistischer Sicht ergäben sich keine Inkonsistenzen. Im Hinblick auf den Diabetes mellitus Typ II werden keine Einschränkungen von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen gesehen, was nachvollziehbar erscheint. Einzig stark stressbelastende Tätigkeiten, schwere körperliche Tätigkeiten sowie Tätigkeiten im Schichtdienst sollten weit möglichst vermieden werden, was ebenfalls plausibel ist.

Die Beschwerdeführerin lässt vorbringen, obwohl die internistische Gutachterin auch Rheumatologin sei, seien keine Abklärungen zu den rheumatischen Diagnosen, auch keine Bildgebungen, erfolgt. Das vorhandene Zittern habe die Gutachterin ebenfalls ignoriert. Dazu ist festzuhalten, dass die Gutachterin die Beschwerdeführerin umfassend untersucht hat. Sie hat im Rahmen der Anamnese festgehalten, dass die Beschwerdeführerin berichtet habe, seit dem Alter von 15 Jahren an Rheuma zu leiden. Sie habe Arthritis und Arthrose. Schliesslich hat sie auch den Bewegungsapparat untersucht und festgehalten: «Wirbelsäule im Lot, Beweglichkeit bei Globalfunktionstest gut. Periphere Gelenke inspektorisch und palpatorisch unauffällig. Soweit altersentsprechende Beweglichkeit bei Globalfunktionstests. Im Bereich des Schultergürtels beidseits ziehende Schmerzangabe im Bereich des Musculus deltoideus beidseits. Aktuell kein Hinweis für Arthritis oder

Synovitis.» Somit hat die Gutachterin keine vorliegenden Diagnosen bzw. Beschwerden ignoriert, sondern aufgrund eines unauffälligen Befunds keine Diagnose erhoben. Vor diesem Hintergrund erschienen ihr auch keine bildgebenden Untersuchungen angezeigt, was nicht zu beanstanden ist. Ohnehin liegt es im Ermessen der gutachterlichen Fachperson zu entscheiden, welche Untersuchungsmethoden einzusetzen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_753/2015 vom 20. April 2016 E. 3.3 mit Hinweisen). Das Zittern wurde auch von behandelnden Ärztinnen und Ärzten nicht speziell erwähnt bzw. als limitierend erachtet.

6.4 In der dermatologischen Beurteilung wird zunächst zutreffend festgehalten, dass es der Beschwerdeführerin trotz Beeinträchtigung durch somatische Erkrankungen (Colitis ulcerosa, Diabetes mellitus) über einen langen Zeitraum gelungen sei, den Anforderungen des Berufslebens zu entsprechen. Die Situation habe sich erst infolge äusserer Belastungsfaktoren nachhaltig geändert, konkret aufgrund von gravierenden Veränderungen der Arbeitsplatzsituation. In dermatologischer Hinsicht wird unter Berücksichtigung der Aktenlage sowie der eigenen Untersuchungsergebnisse schlüssig dargelegt, dass es ab 2014 zu einem Wiederauftreten der aus der Zeit als Zahntechnikerin bekannten Handekzeme gekommen sei. Seitens der Hauterkrankung sei es seit 2014 nicht mehr zu einer längeren symptomfreien Phase gekommen. Infolge der Handekzeme mit wechselnder Intensität wird die Beschwerdeführerin gutachterlich als langfristig beeinträchtigt gesehen. Zwar komme es zwischenzeitlich durch Salbenbehandlung und interne Kortisongabe zu Besserungen, die jedoch in unregelmässigen Abständen von Phasen mit stärkeren Hautbeschwerden unterbrochen würden. Der dermatologische Experte weist darauf hin, dass in den Akten nur wenige Angaben zur Hauterkrankung enthalten seien. Die orale Gabe von Toctino (Alitretinoin) habe gemäss Bericht der Dermatologie des N. \_\_\_ zeitweilig in niedriger Dosis eine sehr gute Wirkung gebracht. Möglicherweise bestünde in der Wiederaufnahme dieser oralen Therapie eine bisher ungenutzte Behandlungsoption. Als die dermatologischen Beschwerden erstmals in Zusammenhang mit der Berufstätigkeit als Zahntechnikerin aufgetreten seien, sei keine allergologische Abklärung erfolgt. Dann seien im Zuge der sich seit etwa 2012 entwickelnden psychisch belastenden Situation am Arbeitsplatz wieder Handekzeme aufgetreten. In dieser zweiten Phase sei kein auslösendes Allergen erkennbar, entsprechende Versuche der Abklärung mittels Testung seien offenbar auch jetzt nicht gemacht worden. Somit wird festgehalten, dass die Ursache ungewiss bleibe und eher der Allgemeinsituation (endogenes Ekzem) zuzuordnen sei. In seiner jetzigen Form und Ausprägung (mit Ekzemherden im sichtbaren Bereich, eventuell Verbänden) stelle das Handekzem eine Beeinträchtigung des Bildes dar, mit dem sich die Beschwerdeführerin auf dem Arbeitsmarkt präsentiere. Gleichwohl spreche der geringe diagnostische Aufwand gegen eine wesentliche Einschränkung und Therapiereserven seien bislang ungenützt geblieben. Diese Einschätzung erweist sich mit Blick auf die Tatsache, dass sich den Akten tatsächlich nur wenig hinsichtlich Behandlung der Ekzeme entnehmen lässt, einleuchtend. Der Gutachter hält schliesslich fest, dass die Hauterkrankung bei Verschlechterung je nach Ausprägungsgrad und Beeinträchtigung der Funktion der Hände bei Büroarbeiten die Arbeitsfähigkeit in den besonders stark floriden Phasen des Ekzems auf bis zu 50 % reduzieren könnte. Aktuell sei der Ausprägungsgrad mässig und könne nur eine leichte Einschränkung um maximal ca. 20 % begründen. Diese Beeinträchtigung dürfte vor Beginn der Phase der Arbeitsunfähigkeiten (ab 7/2019) noch nicht in erheblichem Masse bestanden haben, da keine dermatologisch bedingten Arbeitsausfälle belegt seien. Der Gutachter weist zu Recht darauf hin, dass auch die aktuelle Arbeitsunfähigkeit nicht

aus dermatologischen, sondern aus psychischen Gründen ausgesprochen worden sei. Der aktuelle dermatologische Befund könne nur eine leichte Einschränkung von 20 % begründen, wohl ab dem Zeitpunkt der attestierten Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen. Seitens der dermatologischen Erkrankung sollte bei einer angepassten Tätigkeit Folgendes vermieden werden: Arbeit im feuchten Milieu, Kontakt mit hautreizenden Substanzen oder stärkere mechanische Beanspruchungen der Haut. Eine Bürotätigkeit, wie sie die Beschwerdeführerin zuletzt verrichtet habe, sei vor dem Hintergrund der genannten Anforderungen aus dermatologischer Sicht weitgehend leidensadaptiert.

Nach dem Gesagten erweist sich auch die dermatologische Beurteilung als schlüssig. Die Beschwerdeführerin lässt einwenden, dass der Gutachter einen IST-Zustand zu beurteilen und keine Prognose zu stellen habe. Dabei wird verkannt, dass sich eine gutachterliche Fachperson durchaus darüber zu äussern hat, ob hinsichtlich eines Beschwerdebildes Therapieoptionen ausgeschöpft sind oder nicht. Ebenso erscheint es nachvollziehbar, wenn aus einem geringen diagnostischen Aufwand auf einen geringen Leidensdruck geschlossen wird. Entsprechende Abklärungen könnten allenfalls zu einer Linderung der Beschwerden führen. Auch wird vorgebracht, der Gutachter erläutere nicht, wann es jeweils zu einer 50%igen Einschränkung komme. Der Gutachter hat hierzu festgehalten, dass dies für besonders floride Phasen der Ekzeme der Fall sei, somit dann, wenn die Ekzeme besonders stark ausgeprägt sind. Gleichzeitig hat er festgehalten, dass eine solche starke Ausprägung zum Untersuchungszeitpunkt nicht vorlag, weshalb er eine 20%ige Beeinträchtigung attestiert hat. Insofern ist hier keine fehlende Erklärung oder Begründung auszumachen.

6.5 Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich das von der Beschwerdegegnerin eingeholte, versicherungsexterne Gutachten vom 18. Mai 2021 als beweiswertig erweist und darauf abgestellt werden kann. Es bleibt zu prüfen, ob die nach Erstellung des Gutachtens eingereichten Berichte Zweifel an der Schlüssigkeit aufkommen lassen oder eine Verschlechterung des Gesundheitszustands ausgewiesen wird:

6.5.1 In der Stellungnahme von Dr. med. D. \_\_\_\_, FMH Praktischer Arzt, vom 12. September 2021 (IV-Nr. 44) wird ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei «komplex-erkrankt» bzw. «komplex-eingeschränkt». Es bestünden verschiedene leicht- bis mittelgradige Beschwerdebilder, die sich konstant gegenseitig negativ beeinflussten. Man sehe einen dermatologischen, einen rheumatologischen-immunologischen und einen psychiatrischen Cluster. Der aktuell prominenteste sei der dermatologische. In Bezug auf Arbeiten, die Hände und Finger benötige, sei die Beschwerdeführerin seit Wochen zu 100 % nicht arbeitsfähig. In einem weiteren Cluster könnte man rheumatoide, arthritische und andere ev. autoimmunologische Störungen zusammenfassen: Die Beschwerdeführerin sei aktuell durch einen neuerlichen Schub der bekannten Colitis ulcerosa beeinträchtigt. Es bestehe eine chronifizierte Lumbalgie, die die Beschwerdeführerin im früheren Arbeitsalltag gut kompensiert habe durch regelmässiges Aufstehen und Umherlaufen. Im psychiatrischen Cluster sehe man im Rahmen der Konsultationen der letzten eineinhalb Jahre eine emotional-instabile Persönlichkeitsstruktur. Die von psychiatrischer Gutachterseite beschriebene narzisstische Komponente verorte er eher in einem Selbstschutz bei verletzter Persönlichkeit. Weiter bestünden rezidivierende depressive und angst-gefärbte Anpassungsstörungen auf Störungen im Arbeitsplatzmilieu. Dieser werde aber weder subjektiv noch objektiv als einschränkend bzw. behindernd für die Arbeitsfähigkeit eingestuft. Da die Beschwerdegegnerin in einer ersten Beurteilung keine Rente spreche, sei anzunehmen, dass sie die Einzelleiden in ihrem Ausmass als zu wenig behindernd einstufe.

Dass aber auch Wiedereingliederungsmassnahmen abgelehnt würden, sehe man als Fehleinschätzung der Gesamtsituation. Die reale Einschränkung könne nur anlässlich einer praktischen Abklärung in einer BEWO oder einer für Bürofachkräfte spezialisierten Einrichtung festgestellt werden.

Der Bericht des behandelnden Arztes enthält keine wesentlichen neuen Erkenntnisse, die im Gutachten nicht behandelt worden wären. Vielmehr handelt es sich weitgehend um eine andere Einschätzung des medizinisch gleichen Sachverhalts, wobei der behandelnde Arzt auf keinem der hier relevanten Gebiete ein Facharzt ist. Er gibt zwar an, dass es sich vorliegend um ein vielschichtiges Beschwerdebild handelt, äussert sich allerdings nur über eine Arbeitsunfähigkeit in dermatologischer Hinsicht. Auch enthält der Bericht keine Befunde, sondern gibt lediglich die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden wieder. So konnte, wie von der federführenden Gutachterin Dr. med. H. \_\_\_ in ihrem Teilgutachten und auch in ihrer Stellungnahme vom 5. Januar 2022 (IV-Nr. 46) festgehalten, im Rahmen der Begutachtung keine rheumatoide/arthritische Komponente festgestellt werden. Aus gastroenterologischer Sicht, der vom behandelnden Arzt beschriebenen autoimmunologischen Komponente, sei zudem festgestellt worden, dass die Colitis ulcerosa medikamentös gut eingestellt sei und eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hierdurch aktuell nicht vorliege.

6.5.2 Im Bericht von Dr. med. I. \_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, vom 6. Dezember 2021 (IV-Nr. 48), werden folgende Diagnosen gestellt:

Im Vordergrund stünden momentan Schulterschmerzen rechtsbetont. Die Beschwerdeführerin habe Schmerzen immer wieder im Bereich mehr oder minder des ganzen Körpers. Es fänden sich beginnende Spondylarthrosen L4 bis S1. Im Übrigen bestünden keine signifikanten degenerativen Veränderungen und keine Hinweise für Sakroileitis oder Spondylarthritis. Es wurden diverse Röntgenbilder erstellt:

Röntgen Becken a.-p. stehend vom 01.12.2021: Es finde sich eine Gefässsklerose. Unauffällige Iliosakralgelenke. Beginnende reizlose Coxarthrose beidseits. Keine Hinweise für Kristallarthropathie.

Röntgen Hände beidseits a.-p. vom 01.12.2021: Keine erosiv entzündlichen Veränderungen. Leichtgradige Heberden-Bouchardarthrosen. Keine Hinweise für Kristallarthropathie. Status nach distaler Radiusfraktur rechts.

Röntgen Schulter beidseits vom 01.12.2021: Es fänden sich Zeichen eines subakromialen Impingements beidseits sowie eine beginnende Omarthrose beidseits. Keine Kristallarthropathie.

Zusammengefasst hält Dr. med. I. \_\_\_ fest, er finde keine Hinweise für eine Colitis ulcerosa, eine assoziierte Spondylarthritis, einen entzündlichen Rheumatismus oder eine Kristallarthropathie. Eine rheumatische Erkrankung sieht er also nicht. Es bestehe aber eine Osteoporose. Über eine diesbezügliche Arbeitsunfähigkeit wird nichts gesagt. Weiter diagnostiziert Dr. med. I. \_\_\_ eine leichtgradige Polyarthrose, am ausgeprägtesten noch im Bereich der Schultern. Die Schmerzhaftigkeit sei aber durchaus auch im Rahmen eines weichteilrheumatischen Prozesses zu interpretieren. Bezüglich Osteoporose im Frakturstadium werde eine Behandlung mit Fosavance eingeleitet. Es zeigt sich somit, dass Therapiemassnahmen eingeleitet wurden und dass von Seiten des Arztes keine Arbeitsunfähigkeit festgelegt wird. Der Bericht vermag daher keine seit der Begutachtung

eingetretenen Veränderungen der Verhältnisse aufzuzeigen, die sich anspruchrelevant auswirken würden.

6.5.3 Zusammenfassend kann auf die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden. Demgemäss beträgt die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit 80 % (leichte Einschränkung aus dermatologischen Gründen). Im Falle einer Verschlechterung kann je nach Hautzustand vorübergehend auch eine Einschränkung bis zu 50 % eintreten. In einer angepassten Tätigkeit beträgt die Arbeitsfähigkeit 100 %, wobei auch hier im Falle einer Verschlechterung je nach Hautzustand vorübergehend auch eine Einschränkung bis zu 50 % eintreten kann. Bei einer optimal angepassten Tätigkeit werden Arbeiten im feuchten Milieu, Kontakt mit hautreizenden Substanzen oder stärkere mechanische Beanspruchungen der Haut vermieden (vgl. IV-Nr. 34.1 S. 4 ff.). Diese Einschätzung steht in somatischer Hinsicht entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nicht in Widerspruch zu denjenigen der behandelnden Fachpersonen, die allesamt keine Arbeitsunfähigkeiten festgelegt haben. Auch in psychiatrischer Hinsicht liegt mit Verweis auf die vorstehenden Erwägungen keine Arbeitsunfähigkeit vor. Damit übereinstimmend hält auch der RAD fest, an der Begutachtungsergebnissen sei festzuhalten (vgl. IV-Nr. 37 und 49).

7. Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung keinen Einkommensvergleich vorgenommen, da sie von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit, bei welcher ausschliesslich ein feuchtes Milieu, Kontakt mit hautreizenden Substanzen oder stärkere mechanische Beanspruchungen der Haut zu vermeiden sind, ausgegangen ist. Bei dieser Ausgangslage ist der Verzicht auf die Durchführung eines Einkommensvergleichs nicht zu beanstanden. Die Beschwerdeführerin kann bei dieser Ausgangslage ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen.

8. Die Beschwerdeführerin lässt geltend machen, es liege eine Altersinvalidität vor. Sie könne die verbleibende Restarbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht mehr verwerten.

8.1 Die Rechtsprechung anerkennt, dass das (vorgerückte) Alter zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischlicherweise nicht mehr nachgefragt wird. Massgebend sind die Umstände des konkreten Falles, etwa die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich. Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-) Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit abzustellen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_702/2020 und 9C\_703/2020 vom 1. Februar 2021 E. 3.3 mit Hinweisen).

8.2 Die Rechtsprechung hat für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen relativ hohe Hürden aufgestellt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_535/2021 vom 25. November 2021 E. 5.6 mit Hinweisen). Das Bundesgericht ging bei einer Versicherten mit einer verbleibenden Aktivitätsdauer von drei Jahren und acht Monaten davon aus, dass diese Zeitspanne genüge, um die Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten. Gemäss dem zumutbaren Tätigkeitsprofil (körperlich leichte bis höchstens

mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit, ohne Feuchtarbeiten oder Kontakt mit sensibilisierenden Substanzen, mit einer Hebe- und Traglimite von 5 kg) stünden noch eine grosse Anzahl von Stellen zur Verfügung. Insbesondere stelle der Umstand, dass die Versicherte seit Jahren keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen sei, kein entlastendes Moment dar, denn das Fernbleiben vom Arbeitsmarkt sei nicht gesundheitlich bedingt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_563/2019 vom 23. Dezember 2019 E. 5.3).

Ebenfalls bejaht wurde die Verwertbarkeit bei einer verbleibenden Aktivitätsdauer von 2.5 Jahren und einer Arbeitsfähigkeit von 45 %, wobei diese Restarbeitsfähigkeit in einer Büroätigkeit, welche den Erfahrungen der Versicherten (Banklehre, Computertechnikerin) entsprach, verwertet werden konnte, sodass von einem minimalen Einarbeitungsaufwand auszugehen war (Urteil des Bundesgerichts 8C\_645/2017 vom 23. Januar 2018 E. 4.3.1 und 4.3.2).

8.3 Zum Zeitpunkt des Feststehens der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit am 18. Mai 2021 (Datum des Gutachtens des Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_) war die Beschwerdeführerin 59 Jahre und 7 Monate alt. Als allein ausschlaggebendes Kriterium wird das Alter bei Männern erst ab dem Alter 64 bzw. bei Frauen ab dem Alter 63 anerkannt (vgl. Thomas Gächter/Philipp Egli/Michael Meier/Martina Filippo: Grundprobleme der Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung, Rechtsgutachten, Zürich/Winterthur 2021 [abrufbar unter [www.wesym.ch](http://www.wesym.ch); nachfolgend: Gächter et.al.], S. 13 N 31 f.). Im Gegensatz zum ersten, obenstehend zitierten Fall (E. 8.2) besteht noch eine Aktivitätsdauer von rund 4 ½ Jahren. Eine langjährige Abwesenheit vom Arbeitsmarkt wie im zitierten Fall ist nicht gegeben. Die Beschwerdeführerin ist seit 2020 nicht mehr arbeitstätig, allerdings aus gesundheitsfremden Gründen. Ihr wäre die Aufnahme einer (Teil-)Erwerbstätigkeit möglich gewesen. In der angestammten Tätigkeit als Sachbearbeiterin Administration, die sie seit 1989 beim gleichen Arbeitgeber ausgeübt hatte, ist eine relativ hohe (Rest-)Arbeitsfähigkeit von 80 % gegeben. In einer angepassten Tätigkeit, ohne feuchtes Milieu und ohne Kontakt mit hautreizenden Substanzen oder stärkere mechanische Beanspruchungen der Haut, beträgt die Arbeitsfähigkeit 100 %. Für dieses Tätigkeitsprofil bestehen fraglos Arbeitsplätze, dies insbesondere im administrativen Bereich. Die Beschwerdeführerin war bis zur Kündigung der langjährigen Arbeitsstelle ohne Unterbruch arbeitstätig, wobei sie ihren ursprünglich erlernten Beruf der Zahntechnikerin aus gesundheitlichen Gründen aufgeben musste. Diese Umstellung gelang ihr gut und es kann davon ausgegangen werden, dass durchaus eine Umstellungsfähigkeit im Erwerbsleben der Beschwerdeführerin gegeben ist. Auch die fehlende Berufsausbildung als Sachbearbeiterin erscheint hier kein relevantes Kriterium, da sie über eine solide Grundausbildung verfügt und im administrativen Bereich eine langjährige Erfahrung vorweisen kann. Somit ist mit Blick auf die oben zitierte, strenge bundesgerichtliche Rechtsprechung davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin die verbleibende Restarbeitsfähigkeit verwerten und sich in einer angepassten Arbeitstätigkeit, die Vollzeit ausgeübt werden könnte, auch genügend einarbeiten kann.

9. Schliesslich lässt die Beschwerdeführerin berufliche Massnahmen geltend machen. Bei einer vollen Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit kann ein solcher Anspruch aber nicht gegeben sein. Eine Unterstützung bei der Stellensuche im Sinne einer Arbeitsvermittlung (Art. 18 IVG) ist ebenfalls nicht angezeigt. Dazu ist festzuhalten, dass Arbeitsvermittlung im Sinne einer aktiven Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes voraussetzt, dass die Behinderung Probleme bei der



nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt und auf die Beschwerde ist einzutreten. Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente und berufliche Massnahmen. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 14. September 2022 eingetreten ist ( Ueli Kieser in: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 ATSG N 109).

1.2 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer Übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, welche damals in Kraft standen. Diese werden in der Folge auch zitiert.

2. 2.1 Die Beschwerdeführerin lässt in formeller Hinsicht vorbringen, im Einwandverfahren seien anhand eines Berichts von Dr. med. D. \_\_\_ Diagnosen geltend gemacht worden, die im Rahmen der erfolgten polydisziplinären Gutachten ignoriert worden seien. Die Beschwerdegegnerin habe anschliessend bei den Gutachtern eine Stellungnahme eingeholt, ohne die Beschwerdeführerin hierüber zu informieren. Ohnehin hätte gar keine solche Stellungnahme eingeholt werden dürfen. Auch für medizinische Sachverständige gelte der in Art. 30 Abs. 1 BV festgehaltene Anspruch auf einen unabhängigen, unvoreingenommenen und unbefangenen Richter. Das Bundesgericht habe festgehalten, dass das Ergebnis der Begutachtung nach wie vor als offen und nicht vorbestimmt erscheine, wenn der Experte andere Fragen zu beantworten oder sein erstes Gutachten lediglich zu klären, zu erläutern oder zu ergänzen habe, nicht aber, wenn er die Schlüssigkeit seiner früheren Expertise zu überprüfen oder objektiv zu kontrollieren habe (Beschwerde, S. 10 f.).

2.2 Gemäss Art. 29 Abs. 2 Schweizerische Bundesverfassung (BV, SR 101) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung. Andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, der in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheides zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 143 V 71 E. 4.1 S. 72 mit Hinweisen). Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Die Verletzung der aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 61 lit. h ATSG sowie Art. 112 Abs. 1 lit. b Bundesgesetz über das Bundesgericht (BGG, SR 173.110) abgeleiteten Prüfungs- und Begründungspflicht durch das kantonale Gericht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_393/2017 vom 20. September 2017 E. 4.2, 9C\_416/2012 vom 19. November 2012 E. 4.1 mit Hinweisen) führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst grundsätzlich zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids. Nach der Rechtsprechung kann eine nicht

besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Unter dieser Voraussetzung ist darüber hinaus – im Sinne einer Heilung des Mangels – selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des Gehörs von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 137 I 195 E. 2.3.2 S. 197, 136 V 117 E. 4.2.2.2 S. 126 f., 133 I 201 E. 2.2 S. 204 f., 132 V 387 E. 5.1 S. 390 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_555/2020 vom 3. März 2021 E. 4.4.1 mit Hinweisen).

2.3 Den vorliegenden Akten lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdegegnerin nach Einreichung des Berichts von Dr. med. D.\_\_\_\_ im Einwandverfahren diesen Bericht der Begutachtungsstelle unterbreitete mit dem Ersuchen, zu den Einwänden Stellung zu nehmen (IV-Nr. 45). Die kurze Stellungnahme vom 5. Januar 2022 (IV-Nr. 46) wurde der Beschwerdeführerin zusammen mit der angefochtenen Verfügung zur Kenntnis gebracht (vgl. IV-Nr. 50). Die Beschwerdeführerin hatte somit erst mit der angefochtenen Verfügung Kenntnis und damit zuvor keine Gelegenheit gehabt, sich zur Stellungnahme selber oder zur Frage, ob überhaupt eine solche eingeholt werden sollte, zu äussern. Der Gehörsanspruch ist grundsätzlich vor (d.h. nicht mit oder nach) dem Verfügungserlass zu gewähren (Urteil des Bundesgerichts 9C\_411/2018 vom 24. Oktober 2018 E. 2.2 mit Hinweis). Demnach ist bezüglich der Stellungnahme vom 5. Januar 2022 von einer Gehörsverletzung auszugehen. Allerdings ergeben sich aus der kurzen Stellungnahme vom 5. Januar 2022 keine neuen, entscheidungswesentlichen Punkte. Da die Beschwerdeführerin im vorliegenden Beschwerdeverfahren vor dem über eine uneingeschränkte Kognition verfügenden Versicherungsgericht zudem Gelegenheit hatte, sich umfassend dazu zu äussern, gilt die als leichtgradig einzustufende Verletzung ihres rechtlichen Gehörs als geheilt. Eine Rückweisung an die Beschwerdegegnerin wäre als prozessualer Leerlauf zu qualifizieren, der das Verfahren verlängern würde, ohne dass irgendein Nutzen erkennbar wäre. Eine Partei wäre aufgrund einer Gehörsverletzung nur insoweit zu entschädigen, als bei ihr nennenswerte (zusätzliche) Kosten entstanden sind, die ohne die Gehörsverletzung nicht angefallen wären (Urteile des Bundesgerichts 8C\_758/2009 vom 12. Februar 2010 E. 2.3 und 2.4, 8C\_714/2016 vom 16. Dezember 2016 E. 6). Da die kurze Stellungnahme der Begutachtungsstelle keine weitergehenden Erkenntnisse enthielt als die bereits im Gutachten festgehaltenen, sind solche nennenswerten Kosten nicht ersichtlich, auch wenn die Stellungnahme erst mit der angefochtenen Verfügung zugestellt wurde.

2.4 Nach dem von der Beschwerdeführerin beschwerdeweise vorgebrachten Urteil des Bundesgerichts 9C\_273/2009 vom 14. September 2009 (E. 3.3 und 3.4) hat der Einzelne nach der in Art. 30 Abs. 1 BV enthaltenen Garantie des verfassungsmässigen Richters Anspruch darauf, dass seine Sache von einem unparteiischen, unvoreingenommenen und unbefangenen Richter ohne Einwirkung sachfremder Umstände entschieden wird. Liegen bei objektiver Betrachtung Gegebenheiten vor, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen, so ist die Garantie verletzt. Für Sachverständige gelten grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe. Eine Vorbefassung begründet nicht zwingend den Anschein der Befangenheit. Die Besorgnis der Voreingenommenheit kann gegeben sein, wenn ein Sachverständiger die Schlüssigkeit

seiner früheren Expertise zu überprüfen oder objektiv zu kontrollieren hat. Inwiefern dies vorliegend im Rahmen der gutachterlichen Stellungnahme vom 5. Januar 2022 der Fall gewesen sein soll, ist nicht ersichtlich. Der Begutachtungsstelle wurde ein nach Erstellung des Gutachtens von der Beschwerdeführerin eingereichter Arztbericht eines behandelnden Arztes, der sich über diverse Diagnosen äusserte, zur Stellungnahme unterbreitet. Es ging dabei nicht darum, die Schlüssigkeit der eigenen Beurteilung zu überprüfen, sondern um die Frage, ob sich aus den nachträglich eingereichten Unterlagen neue Erkenntnisse ergäben. Inhaltlich wurde in der Stellungnahme lediglich wiederholt, dass bestimmte Diagnosen im Rahmen der Begutachtung nicht hätten erhoben werden können. Dies ergibt sich bereits aus der Begutachtung selber. Insofern enthält auch die Stellungnahme keine neuen Erkenntnisse und insbesondere keine Würdigung der eigenen Beurteilung. Eine Aufhebung des angefochtenen Entscheids aus formellen Gründen ist damit nicht angezeigt.

3. 3.1 Anspruch auf eine Invalidenrente haben versicherte Personen, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG).

3.2 Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG], SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur dann vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

3.3 Nach dem hier massgeblichen bisherigen Recht (siehe E. II. 1.2 hiervor) besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente sowie ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG, in Kraft bis 31. Dezember 2021). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen) in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

3.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.). Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und gerichtliche Beschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE

125 V 351 E. 3a S. 352). 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist 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 351 E. 3b/cc S. 353).

4. 4.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (IV-Nr. 50; A.S. 1 ff.) dar, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit als Sachbearbeiterin seit Juli 2019 im Pensum von 80 % zugemutet werden könne. In einer Verweistätigkeit bestehe ab diesem Zeitpunkt eine volle Arbeitsfähigkeit in einem Pensum von 100 %. Es sei ihr somit weiterhin möglich, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Berufliche Massnahmen seien nicht nötig gewesen. Zu den erhobenen Einwänden nehme man wie folgt Stellung: Das Schreiben von Dr. med. D. \_\_\_ vom 12. September 2021 (IV-Nr. 44) sei der Begutachtungsstelle zur Stellungnahme unterbreitet worden. Anschliessend seien die Unterlagen zusammen mit dem Bericht der Rheumapraxis vom 6. Dezember 2021 (IV-Nr. 48 S. 2 ff.) erneut dem RAD vorgestellt worden. Dieser gehe davon aus, dass eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes vorliege. Neue medizinische Erkenntnisse oder Diagnosen seien nicht dargelegt worden.

4.2 Die Beschwerdeführerin lässt dem in ihrer Beschwerde (A.S. 10 ff.) entgegenhalten, in Bezug auf das Rheuma seien von den Gutachtern keinerlei Abklärungen getätigt worden. Sie habe diesen gegenüber ausgeführt, dass die Hauptprobleme die Autoimmunerkrankung und damit auch das Rheuma, die Depression sowie die daraus resultierenden Hautprobleme seien. Sie habe am 5. Oktober 2020 wegen akuten Rückenschmerzen den Notfall des E. \_\_\_ aufsuchen müssen, wobei eine begleitende Rheumaerkrankung als Differentialdiagnose aufgrund der Colitis ulcerosa festgestellt worden sei. Dennoch habe man im Rahmen der Begutachtung keine bildgebenden Untersuchungen angeordnet. Obschon ein Teilgutachten Allgemeine Innere Medizin durch eine Rheumatologin erstellt worden sei, sei diese nur auf den Diabetes

eingegangen. Auch im gastroenterologischen Teilgutachten seien die Rückenschmerzen und die Rheumaerkrankung ignoriert worden. Es müsse zwingend ein rheumatologisches Teilgutachten erstellt werden. In Bezug auf das allgemein-internistische Gutachten sei zu kritisieren, dass der RAD die Beschwerdeführerin anlässlich des Intake-Gesprächs als instabil eingeschätzt und nachvollziehbare schwere depressive Symptome festgestellt habe, darunter auch ein unwillkürliches Zittern. Ein solches habe die Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung ebenfalls beschrieben. Trotzdem werde von der allgemeininternistischen Gutachterin wie von den übrigen Gutachtern nicht auf dieses Symptom eingegangen. Die Beschwerdeführerin habe sodann von Beginn an von ihrer Colitis ulcerosa berichtet, welche ihre Magen-Darm-Beschwerden begründe. In Stresssituationen habe sie direkt Durchfall und müsse bei der Arbeit ständig auf die Toilette. Im Teilgutachten Allgemeine Innere Medizin werde die Diagnose der Colitis ulcerosa nur kurz erwähnt und auf das gastroenterologische Teilgutachten verwiesen. In diesem Teilgutachten werde festgestellt, dass die Beschwerdeführerin zwingend eine Toilette in der Nähe ihres Arbeitsplatzes haben müsse, welche jederzeit nach Bedarf aufgesucht werden könne. Diese Aussage stehe im Widerspruch zur Einschätzung, dass die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig sei. Auch die dermatologische Beurteilung sei nicht beweistauglich. Es werde dort nur eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von ca. 20 % attestiert. Doch wie der Gutachter davor erkläre, könne bei einer Verschlechterung je nach Ausprägungsgrad und Beeinträchtigung der Funktion der Hände die Arbeitsfähigkeit in den besonders stark floriden Phase des Ekzems auf bis zu 50 % reduziert sein. In welchen Zeitabschnitten eine solche Verschlechterung auftrete und wie sich diese auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, werde nicht eruiert. Inakzeptabel sei die Feststellung des Gutachters, wonach der geringe diagnostische Aufwand gegen eine wesentliche Einschränkung spreche und dass Therapiereserven bislang ungenutzt geblieben seien. Er habe den Ist-Zustand zu beurteilen und keine Prognosen über die Therapierbarkeit zu stellen. Sodann bedeute ein geringer diagnostischer Aufwand nicht, dass das Leiden ebenfalls gering sei. Auch das psychiatrische Teilgutachten kläre die von der Beschwerdeführerin beklagten gesundheitlichen Beschwerden nicht hinreichend ab. Das durchgeführte Beck Depressions Inventar (BDI) und die Hamilton-Depression-Skala (HAMD-21) wichen weit voneinander ab. Somit unterscheide sich die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin enorm von der Fremdeinschätzung durch den psychiatrischen Gutachter. Doch im selben psychiatrischen Teilgutachten beschreibe der Gutachter die Aussagen der Beschwerdeführerin als plausibel und durchaus konsistent. Dass der Gutachter von keiner psychischen Störung mit versicherungsmedizinischer Bedeutung ausgehe, widerspreche den Einschätzungen des behandelnden Hausarztes Dr. med. F.\_\_\_\_ und des Psychiaters Dr. med. G.\_\_\_\_. Sogar der RAD habe während des Intake-Gesprächs festgehalten, dass die vom Hausarzt attestierte 50%ige Arbeitsfähigkeit aufgrund der psychischen Symptomatik nicht nachvollziehbar sei. Der psychiatrische Gutachter setze sich mit den widersprechenden Beurteilungen nicht auseinander. Ebenfalls äussere er sich nicht zur Tatsache, dass die zuständige Krankentaggeldversicherung durchgehend Leistungen aufgrund einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit erbracht habe, obwohl er nur von einer zwei- bis sechswöchigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen sei. Allgemein seien die gesamten Gutachten sehr knapp und oberflächlich gehalten. Die nachträgliche Stellungnahme der Begutachtungsstelle sei materiell nicht beweistauglich. Die Gutachterin Dr. med. H.\_\_\_\_ habe dort angegeben, man habe keine rheumatoide oder arthritische Komponente nachvollziehen können. Doch mit dem Arztbericht vom 6. Dezember 2021

habe Dr. med. I.\_\_\_\_ attestiert, dass neben der Rheumaerkrankung auch noch eine Osteoporose und eine leichtgradige Polyarthrose festgestellt worden seien. Ebenfalls beweisuntauglich seien die RAD-Stellungnahmen. Die Beweiskraft von Berichten versicherungsinterner Ärzte sei stark zu relativieren. Die RAD-Ärztin habe die Beschwerdeführerin nicht persönlich untersucht. Der RAD habe anlässlich des Intake-Gesprächs am 2. März 2020 festgehalten, dass die Beschwerdeführerin weder aus psychischer Sicht noch aus der Sicht des RAD stabil wirke. Die Gutachter seien dann fälschlicherweise davon ausgegangen, dass sich keine depressive Störung zeige. Dieser Einschätzung werde dann schliesslich gefolgt, obwohl der RAD die Beschwerdeführerin persönlich gesehen und sich ein anderes Bild gemacht habe als das im Gutachten gemacht werde. Dr. med. D.\_\_\_\_, welcher die Beschwerdeführerin seit Jahren behandle, gehe davon aus, dass die Beschwerdeführerin unter mehreren Beschwerden leide und in der Gesamtsituation sowie unter Berücksichtigung auf deren Wechselwirkung nicht arbeitsfähig sei. Im interdisziplinären Gutachten werde zwar behauptet, die Wechselwirkungen seien berücksichtigt worden, jedoch werde dies weder näher erläutert noch tatsächlich berücksichtigt. Insgesamt sei im vorliegenden Fall auch ohne weitere Abklärungen der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente zu bejahen. Denn es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin die (bestrittene) verbliebene Restarbeitsfähigkeit aufgrund des bereits fortgeschrittenen Alters nicht mehr verwerten könne. Der Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit beantwortet werden könne, liege überhaupt noch nicht vor, da es sich verbiete, auf das eingeholte Gutachten abzustellen und demnach der medizinische Sachverhalt überhaupt noch nicht hinreichend abgeklärt sei. Selbst wenn jedoch zu Unrecht davon ausgegangen würde, dass dies der Fall sei, sei eine Altersinvalidität zu bejahen. Die Beschwerdeführerin sei zum relevanten Zeitpunkt mehr als 60 Jahre alt gewesen und die Aktivitätsdauer bis zur ordentlichen Pensionierung sei damit gering. Kein potenzieller Arbeitgeber würde sie bei einer bloss noch derart kurzen Aktivitätsdauer, der altersbedingt geringen Anpassungsfähigkeit und langen Einarbeitungszeit sowie der bereits langanhaltenden Abwesenheit vom Arbeitsmarkt einstellen. Zur Wahrung sämtlicher Rechte sei schliesslich festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zu Unrecht keinen Einkommensvergleich vorgenommen habe. Als Valideneinkommen sei auf das letzte, vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielte Einkommen im Jahr 2018 abzustellen. Indexiert auf das Jahr 2020 resultiere damit ein Valideneinkommen von mindestens CHF 80'654.00. Für die Festlegung des Invalideneinkommens sei zu beachten, dass die Beschwerdeführerin eine Ausbildung zur Zahntechnikerin gemacht und auf diesem Beruf gearbeitet habe, bis eine Allergie dies verunmöglicht habe. Seit 1989 sei sie als Sachbearbeiterin tätig gewesen. Eine entsprechende Ausbildung könne sie aber nicht vorweisen. Sie sei daher im Kompetenzniveau 1 einzugliedern, welches nach der LSE Tabelle 2020, Kompetenzniveau 1, Total Frauen, und nach Aufrechnung der Wochenstunden ein Invalideneinkommen von CHF 53'492.76 für 100 % ausweise. Von diesem Invalideneinkommen wäre sodann ein leidensbedingter Abzug von 25 % vorzunehmen. Die Beschwerdeführerin könne selbst nach Massgabe des Gutachtens bloss noch Teilzeit arbeiten. Hinzu komme das stark fortgeschrittene Alter. Der leidensbedingte Abzug sei gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung als Korrektiv wirksam zu nutzen und es sei er höchstmögliche Abzug zu gewähren. Somit resultiere ein Invalideneinkommen von maximal CHF 40'119.57. Selbst wenn man der bestrittenen Beurteilung im Gutachten folgen und zu Unrecht nicht von einer Altersinvalidität ausgehen würde, resultiere ein

Invaliditätsgrad von 50 % und damit ein Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. Im Weiteren habe die Beschwerdeführerin Anspruch auf berufliche Massnahmen. Aus dem Hauptantrag auf eine ganze Rente könne nicht auf eine fehlende subjektive Eingliederungsbereitschaft geschlossen werden. Es bestehe Anspruch auf die vollumfängliche Palette sowohl an Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung als auch an beruflichen Massnahmen. Nach Massgabe des aufgezeigten Einkommensvergleichs habe die Beschwerdeführerin sogar Anspruch auf eine Umschulung. Eventualiter wäre der Sachverhalt seitens des Gerichts durch eine rheumatologische Begutachtung zu klären.

4.3 Die Beschwerdegegnerin führt in der Beschwerdeantwort (A.S. 40 ff.) ergänzend aus, das Vorbringen der Beschwerdeführerin, es hätte zwingend eine rheumatologische Begutachtung vorgenommen werden müssen, sei verspätet. Dem Einwand, der RAD habe die Beschwerdeführerin gemäss Intake-Protokoll als instabil eingeschätzt, sei zu entgegnen, dass es bei den Intake-Gesprächen nicht um eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gehe. Es gehe vielmehr darum, einen ersten Eindruck von der versicherten Person zu gewinnen, um im Anschluss über das weitere Vorgehen zu entscheiden. Das Intake-Protokoll basiere im Wesentlichen auf den Angaben der versicherten Person und sei nicht geeignet, daraus Schlüsse zur Arbeitsunfähigkeit zu ziehen. Dem Argument, dass eine allfällige Restarbeitsfähigkeit nicht mehr verwertbar sei, sei zu entgegnen, dass die Rechtsprechung für die altersbedingte Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit relativ hohe Hürden aufgestellt habe. Bei einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in der angestammten Tätigkeit sei eine Verwertbarkeit klar zu bejahen. Eingliederungsmassnahmen seien bei der vorliegenden Arbeitsfähigkeit nicht erforderlich.

4.4 In ihrer Replik (A.S. 52 ff.) lässt die Beschwerdeführerin noch ergänzend ausführen, es sei einem juristischen Laien nicht zuzumuten, die Begutachtung einer weiteren Disziplin zu fordern. Nur weil sie nicht regelmässig beim Rheumatologen vorstellig gewesen sei, könne nicht auf einen geringen Leidensdruck geschlossen werden. Die Colitis ulcerosa sei vom Gutachter nicht korrekt wiedergegeben worden. In Stresssituationen habe die Beschwerdeführerin direkt Durchfall und müsse bei der Arbeit ständig auf die Toilette. Dass die Schilderung der Beschwerdeführerin im gastroenterologischen Gutachten übertrieben gewesen sei, werde bestritten.

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung zu Recht abgelehnt hat. Hierfür sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen relevant:

5.1 Gemäss Attest von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, spez. Endokrinologie, vom 11. Februar 2020 habe bei der Beschwerdeführerin eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit während der Zeit vom 12. Dezember 2019 bis 29. Februar 2020 vorgelegen. Danach betrage die Arbeitsunfähigkeit 50 % (IV-Nr. 9 S. 2). Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit wurde mit Attest vom 19. März 2020 (IV-Nr. 15 S. 6) bis 30. April 2020 verlängert.

5.2 Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 17. September 2019 zuhanden der Taggeldversicherung über eine mittelgradige depressive Episode und einen Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (IV-Nr. 13 S. 2 ff.). Die Beschwerdeführerin habe Schlafstörungen, Druck auf der Brust, eine bedrückte und weinerliche Stimmung, keinen Antrieb, keine Freude und einen reduzierten Appetit. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei reduziert. Die Beschwerdeführerin äussere Ängste, sehe sich als Opfer und sei gekränkt. Es sei aktuell unklar, wann sich die Arbeitsfähigkeit verbessern werde.

5.3 Gemäss dem Arztbericht von lic. phil. J.\_\_\_\_ vom 30. April 2020 (IV-Nr. 14), behandelnde Psychologin, ist bei der Beschwerdeführerin eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen

(F32.1), seit Oktober 2019, zu diagnostizieren. Weiter liege, ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, eine Akzentuierung von Persönlichkeitszügen, Typ-A Verhalten (Verhaltensmuster, das durch Ehrgeiz, starkes Erfolgsstreben, Ungeduld und Druckgefühl charakterisiert ist), vor (Z73.1). Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 %. Die Beschwerdeführerin leide unter Konzentrationsschwierigkeiten und Schlaflosigkeit in Kombination mit verschiedenen Ängsten. Psychosomatische Komplikationen wie die wiederkehrende Magendarmentzündung (aktuell akut) und Neurodermitis (offene Hände) belasteten sie zusätzlich. Im Hintergrund stünden weiter die Diabetes-Erkrankung sowie andere Autoimmunerkrankungen. Eine baldige Remission sei fragwürdig. 5.4 Laut dem Arztbericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 15. Juni 2020 (IV-Nr. 22) ist als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere depressive Episode (F32.2) zu attestieren. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: - Diabetes mellitus Typ2, ED vor ca. 25 Jahren sekundär insulinpflichtig - Colitis ulcerosa akute Schübe 1985, 1987, 2000 aktuell stabil unter Salofalk Die Beschwerdeführerin habe seit Mitte 2018 eine Depression entwickelt, welche in den diabetologischen Routinekontrollen zunehmend Raum eingenommen habe. Dies vor allem auch in Zusammenhang mit übermässiger Belastung und zum Teil Mobbingvorwürfen am Arbeitsplatz. Auch eine Rolle spielten die übrigen Erkrankungen (Colitis ulcerosa, schwer einstellbarer Diabetes mellitus 2, rezidivierende Dermatose im Hand/Fingerbereich). Bei der letzten somatischen Kontrolle habe die Beschwerdeführerin eigentlich einen recht stabilen Eindruck gemacht. Von Seiten des Diabetes mellitus bestehe im Moment eine eher stabile Situation, die Blutzuckereinstellung sei allerdings altersentsprechend weiterhin noch etwas zu hoch. 5.5 Die Beschwerdegegnerin hat bei der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_, konkret bei Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Dermatologie und Venerologie, Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie, und Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein polydisziplinäres Gutachten eingeholt (IV-Nrn. 34.1 bis 34.9). Dieses datiert vom 18. Mai 2021. 5.5.1 Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung (IV-Nr. 34.3) hat die Beschwerdeführerin zu ihren subjektiven Beschwerden ausgeführt, es gehe ihr nicht gut damit, dass sie Hautveränderungen an den Händen und am Bauch habe. Man habe lange Zeit nicht gewusst, was es sei, später habe man jedoch festgestellt, dass die Hautveränderungen psychische Gründe hätten. Seit 2000 leide sie unter einer Colitis ulcerosa und es sei auch ein Diabetes mellitus Typ 2 bekannt. Dieser sei schwer einstellbar, weil er ebenfalls von psychischen Faktoren abhängt. Sie habe im Rahmen der Colitis ulcerosa auch unter Nervenzusammenbrüchen gelitten. Deswegen habe sie sich in psychiatrische Betreuung begeben, wo sie etwa zwei Jahre gewesen sei. Danach sei es ein wenig besser geworden. Sie habe ein aktuelles Problem: Ihr sei nach 30 Jahren Firmenzugehörigkeit gekündigt worden. Sie sei die rechte Hand ihres Chefs gewesen, bis zu seinem Tod. Danach habe die Ehefrau die Firma übernommen. Sie sei danach sehr stark gemobbt worden. 2018 habe sie damit begonnen, Temesta und Lexotanil zur Beruhigung einzunehmen. Die offizielle Begründung der Kündigung sei eine Reorganisation der Firma gewesen. Dabei seien aber drei neue Personen eingestellt worden, die jetzt ihre Arbeit erledigten. Sie träume heute noch von der Firma. Ihren gegenwärtigen Partner kenne sie schon seit 38 Jahren. Seit 28 Jahren sei sie mit ihm liiert. Man habe getrennte Wohnungen, verbringe aber sehr viel Zeit zusammen. Ihr Schlaf sei schlecht. Sie sei eine sensible Person. Eine psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung finde auch noch aktuell regelmässig statt. In letzter Zeit habe sie familiäre Probleme, vor allem mit der ältesten

Schwester. Für diese sei das Geld sehr wichtig. Ihre Stimmung sei gedrückt. In erster Linie noch wegen der Kündigung, zum anderen wegen der Konflikte mit der Schwester, die sich aus dem Erbe des Vaters ergäben. Auch wenn sie manchmal traurig sei, könne sie sich dennoch wieder freuen. Sie setze sich mitunter gerne in eine dunkle Ecke, finde dann aber doch wieder Freude an bestimmten Dingen oder Ereignissen. Sie habe manchmal auch Schuldgefühle und neige dazu, manches auf sich zu beziehen. Sie lehne sich selbst nicht ab. An Selbstmord habe sie früher schon gedacht und habe in der 3. oder 4. Klasse, als die Eltern sich in der Trennungsphase befunden hätten, einen Suizidversuch unternommen. Als Kind habe sie sich auch am Unterarm geritzt, habe aber später gesehen, dass dies keinen Sinn mache, so habe sie es wieder gelassen. Sie weine manchmal, aber es komme immer seltener vor. Sie habe Schwierigkeiten, Entschlüsse zu fassen, aber sie sei Sternzeichen Waage und da habe sie schon immer dieses Problem gehabt. Sie sei sehr korrekt in ihren Handlungen, sehr pedantisch, sehr sensibel, sie setze hohe Maßstäbe an sich selbst, aber auch an andere. Manchmal fühle sie sich wertlos. Manchmal habe sie auch wenig Energie, ermüde relativ schnell. Der Schlaf sei schon seit Jahren schlecht, seit der Kündigung sei er noch schlechter. Manchmal fühle sie sich reizbar, dies bekomme auch ihr Partner zu spüren. Der Appetit habe sich vorübergehend verschlechtert, jetzt sei dieser wieder normal. Sie habe auch Kopfschmerzen, manchmal seien diese migräneartig und schon häufig in Verbindung mit anderen Problemen gesundheitlicher Art aufgetreten. Die Konzentration sei nicht immer gut. Manchmal könne sie nicht einmal richtig lesen, weil sie schnell ermüde. Sie habe einige gute Kollegen. Sie habe den Führerausweis und fahre Auto. Ihr Tagesablauf sehe so aus, dass sie morgens gegen 09:00 Uhr aufstehe. Es sei davon abhängig, wann sie einschlafe und wieviel sie schlafe. Dann gehe sie ins Bad, behandle ihre Hände mit einer Salbe, verrichte ihre Morgentoilette. Manchmal widme sie sich dem Haushalt, manchmal gehe sie auch nach draussen, treffe sich mit ihrem Partner. Sie gehe mit ihm Kaffee trinken, einkaufen, bestimmte Sachen erledigen. Meist finde ein gemeinsames Mittagessen statt. Nach dem Essen lege sie sich hin und versuche etwas zu schlafen, meist gelinge ihr dies aber nicht. Dann mache sie verschiedene Arbeiten im Haushalt oder gehe noch etwas spazieren. Zum Nachtessen sei sie meist allein. Abends sitze sie am Computer, telefoniere oder schaue Fern. Zu Bett gehe sie gegen Mitternacht. Früher sei sie gerne Velo gefahren, das mache sie jetzt nicht mehr. Einmal in der Woche spiele sie mit einer Kollegin Karten. Sie besitze ein Haus in Afrika, könne vielleicht nicht mehr dorthin reisen. Momentan plane sie keine Reisen. Der psychiatrische Gutachter erhebt folgende Befunde: Die Beschwerdeführerin wirke bei der Befragung konzentriert und aufmerksam, das Gedächtnis erscheine ungestört. Während der Exploration bestünden keine Beeinträchtigungen der Steuerungsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin wirke zu keinem Zeitpunkt depressiv, sei emotional ausreichend schwingungsfähig. Ich-Störungen lägen keine vor. Aufmerksamkeit, Konzentration, Auffassung, Gedächtnis und Abstraktion erschienen im Rahmen der aktuellen Exploration und der klinisch psychiatrischen Untersuchung nicht reduziert, sie korrelierten mit dem guten kognitiven und intellektuellen Niveau. Eine Ermüdung sei im Rahmen der aktuellen Exploration nicht erkennbar. Die Denkstruktur wirke geordnet, nicht auf negative Kognitionen eingeengt, stellenweise aber auf die belastenden Lebensereignisse, speziell den Arbeitsplatzverlust fokussiert. Das Denken sei weder gehemmt noch beschleunigt. Es sei kohärent, nicht assoziativ gelockert. Das Intelligenzniveau sei gut durchschnittlich differenziert. Die Beschwerdeführerin wirke in der Exploration psychomotorisch überwiegend ruhig. Interesse und Freudempfinden erschienen gegenwärtig situativ allenfalls leicht reduziert, der Antrieb sei aber ungestört.

Die Grundstimmung sei euthym. Affektiv wirke die Beschwerdeführerin nicht labil. Sie sei ausreichend schwingungsfähig. Hinweise für inadäquate Affekte oder eine dysfunktionale Affektregulation lägen nicht vor. Eine Eigen- oder Fremdgefährdung, aktive Suizidgedanken, Vorbereitungshandlungen oder passive Todeswünsche liessen sich nicht explorieren. In der Persönlichkeit ergäben sich Hinweise auf leichte narzisstische Tendenzen, eine leicht erhöhte Empfindsamkeit, bei Kränkungen auch eine leicht reduzierte emotionale Belastbarkeit und Frustrationstoleranz. In Bezug auf Selbstreflexion, Selbstbild, Identität und Affektdifferenzierung bestünden aktuell keine Auffälligkeiten. Trotz eines eher introvertierten Lebensstils zeige die Beschwerdeführerin eine gute Befähigung zu Kommunikation und Zuwendung. Alltagsrelevante Zwänge oder Phobien würden nicht geschildert. Die Realitätsorientierung und der Realitätsbezug seien erhalten. Die Auswertung des BDI (Beck Depressions Inventar, Selbstbeurteilungsinstrument) ergebe bei der Beschwerdeführerin einen Gesamtsummenwert von 37 (schwere Depression) und korreliere nicht mit dem klinischen Befund sowie dem Ergebnis des HAMD-21, in welchen sich aktuell keine Anhaltspunkte für eine depressive Störung ergäben. Bei der Hamilton-Depression-Scale (HAMD-21, klinisches Interview zur Fremdbeurteilung und Quantifizierung der Schwere einer depressiven Symptomatik sowie der somatischen Depressionssymptome) hätten sich 6 Punkte ergeben (keine Depression).

5.5.2 Im gastroenterologischen Teilgutachten (IV-Nr. 34.4) wird zu den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin festgehalten, sie habe gelegentliche thorakoabdominale krampfartige Beschwerden. Ferner klage sie über Diarrhoe mit sehr wechselhafter Ausprägung, momentan eher gebessert. Blut im Stuhl habe sie nicht. Intermittierend komme es zu Magenkrämpfen und Refluxbeschwerden. Ferner lägen eine Anämie, Blasenbeschwerden, Gelenkrheumatismus und ein Ekzem im Bereich der Hände vor. Wesentliche Beschwerden im Bereich von Herz und Lunge oder neurologische Symptome habe sie nicht. Orthopädisch bestünden Schmerzen im Bereich von Knien, Ellbogen, Händen und Fingern. Der Gutachter erhebt folgende Befunde: Das Abdomen sei adipös. Es zeigten sich normale Darmgeräusche und keine wesentlichen Druckschmerzen auch bei tiefer Palpation. Trophische Störungen bestünden im Bereich beider Füße. Es liege eine Besenreiservarikose vor. Diagnostisch sei eine langjährig bekannte Colitis ulcerosa gegeben, mit bekannten Schüben aus den Jahren 1985, 1987 und 2000. Diese Erkrankung sei gastroenterologisch bioptisch gesichert. Differentialdiagnosen kämen somit nicht in Betracht. Seit vielen Jahren werde diese Erkrankung durchgehend täglich behandelt. Sie sei mit dieser Therapie relativ stabil eingestellt. Vorhandene Durchfälle seien von stark wechselnder Intensität, jedoch generell nicht sehr limitierend. Eine seit 2017 bekannte gastroösophageale Refluxerkrankung sei ebenfalls zufriedenstellend eingestellt und habe keine wesentlichen Auswirkungen im Bereich des Berufs- oder Privatlebens.

5.5.3 Gegenüber der allgemeinmedizinisch-internistischen Teilgutachterin (IV-Nr. 34.5) hat die Beschwerdeführerin zu ihren Beschwerden angegeben, ihr sei nach 30 Jahren am Arbeitsplatz gekündigt worden. Ihre ganzen Krankheiten hätten aber schon vor 35 Jahren angefangen. Sie habe von klein auf Probleme mit der Blase und mit Angina gehabt. Im Alter von 15 Jahren habe sie dann Rheuma bekommen mit Schmerzen in den Knien, Ellenbogen und Händen. Damals hätten sie auch herausgefunden, dass sie unter Blutarmut leide und sie habe vorübergehend Rheumamedikamente bekommen, die sie im Verlauf wieder habe absetzen können. Auch sei sie psychisch von daheim angeschlagen gewesen, da die Eltern oft Unstimmigkeiten gehabt hätten. 1991 sei ein Diabetes mellitus festgestellt worden. Ausserdem habe sie damals Probleme mit dem Darm gehabt. Ende der 80er Jahre

sei es ihr sehr schlecht gegangen und es sei damals eine Kolitis diagnostiziert worden. Aktuell leide sie vor allem noch unter den Magen-Darm-Beschwerden, sie habe Kopfweh und es sei ihr schlecht und schwindelig. Ausserdem habe sie einen Diabetes und sei sehr stark müde. Sie habe chronische Sinusitis, Arthritis und Arthrose, ausserdem sei sie insgesamt total überfordert. Ihre Beschwerden hätten vor allem im Jahre 2017 begonnen, als der vorherige Chef verstorben sei und dann seine Frau das Geschäft übernommen habe. Aufgrund der Anfeindungen durch die Chefin sei es ihr immer schlechter gegangen bis sie einen Nervenzusammenbruch gehabt habe. Sie zwingt sich aufzustehen, häufig müsse sie sich nach einer Stunde wieder hinlegen. Ihre Müdigkeit sei unterschiedlich stark ausgeprägt. Nachts schwitze sie häufig vermehrt, für ca. 15 Minuten, dann sei es wieder verschwunden. Der Durst sei normal, der Appetit unterschiedlich. Im Hinblick auf den Stuhlgang habe sie häufig Durchfall, ausserdem leide sie auch unter abdominellen Beschwerden. Morgens habe sie häufig Übelkeit, Erbrechen müsse sie nicht. Knöchelödeme habe sie gelegentlich, hier seien Krampfadern bekannt und sie sei auch schon an den Krampfadern operiert worden. Der Blutdruck sei normal. Kopfschmerzen habe sie häufig, Schwindel auch. Am Bewegungsapparat bestünden Anlaufbeschwerden im Bereich der Kniegelenke sowie Schmerzen im Bereich von Hüftgelenken und des unteren Rückens. Die Gutachterin erhebt folgende Befunde: Es präsentiere sich eine 61-jährige Beschwerdeführerin in gutem Allgemein- und stark übergewichtigem Ernährungszustand. Die Haut sei in Farbe und Pigmentierung normal, mit Exanthem im Bereich des Abdomens sowie Besenreiservarikosis und im Bereich der Handinnenflächen. Der auskultatorische Thoraxbefund sei unauffällig. Soweit beurteilbar sei das Abdomen weich, ohne Druckschmerz oder palpable Resistenzen. Darmgeräusche seien in allen Quadranten lebhaft vorhanden. Das Nierenlager sei beidseits klopfschmerzfrei. Die Wirbelsäule sei im Lot, die Beweglichkeit bei Globalfunktionstest gut. Die peripheren Gelenke seien inspektorisch und palpatorisch unauffällig. Im Bereich des Schultergürtels beidseits gebe die Explorandin ziehende Schmerzen im Bereich des Musculus deltoideus beidseits an. Aktuell bestehe kein Hinweis für eine Arthritis oder Synovitis. Die grob orientierende neurologische Untersuchung sei unauffällig. Die Laboruntersuchung zeige eine leichte CRP-Erhöhung, am ehesten im Rahmen der Adipositas bzw. der bekannten Kolitis. Ebenfalls zeige sich eine leichte Erhöhung der GOT und GGT, am ehesten im Rahmen der bekannten Steatosis hepatis bzw. primär sklerosierenden Cholangitis. Der Diabetes mellitus sei mit HbA1c nach NGSP 5.8% ideal eingestellt. Insgesamt bestehe aus internistischer Sicht ein Diabetes mellitus Typ II. 5.5.4 Im dermatologischen Teilgutachten (IV-Nr. 34.6) wird zu den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin angegeben, diese habe über die Kündigung ihrer Stelle nach über 30 Jahren Betriebszugehörigkeit berichtet. Vorausgegangen seien intensive Probleme an ihrem Arbeitsplatz mit Mobbing. Als Folge der psychischen Belastung habe sich ihr Gesundheitszustand massiv verschlechtert. Aktuell habe sie Ekzeme, durchsetzt mit schmerzhaften Einrissen (Rhagaden) im Bereich beider Handflächen. Diese seien erstmals im Rahmen der Ausbildung zur Zahntechnikerin aufgetreten. Nach Aufgabe dieser Tätigkeit seien diese nicht mehr erschienen, aber in Zusammenhang mit den psychischen Belastungen am Arbeitsplatz wieder aufgetreten. Der Gutachter erhebt folgende Befunde: Im Bereich beider Handflächen zeigten sich flächenhaft Rötungen und Lichenifikationen als Zeichen einer chronischen Entzündung. An der rechten Handfläche bestehe darüber hinaus eine tiefe, ca. 3 cm lange Rhagade. An den Streckseiten der Hände habe es ebenfalls kleinflächige, gerötete, raue Areale. Vereinzelt bestünden exkorierte Herde im Bereich der Unterarme. An der vierten Zehe des rechten

Fusses sei die Nagelplatte verdickt und weiss-lich verfärbt, gut vereinbar mit einer beginnenden Onychomykose. Ansonsten seien sämtliche Fuss- und Fingernägel unauffällig, insbesondere gebe es keine Zeichen einer Nagelpsoriasis. Das übrige Integument und die Kopfhaut seien frei von weiteren Auffälligkeiten. Zusammengefasst bestehe ein chronisch-rezidivierendes Handekzem mit Streuung auf die Unterarme. Für sonstige Hauterkrankungen, von einer geringgradigen Onychomykose abgesehen, gebe es keine Anzeichen. Insbesondere bestehe kein Hinweis auf eine Psoriasis.

5.5.5 Zusammenfassend stellen die Gutachterin und die Gutachter folgende Diagnosen (IV-Nr. 34.1): mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Chronisch-rezidivierendes rhagadiformes Handekzem ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10: Z73.1) - Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10: Z73.0) - Status nach abgeklungener Anpassungsproblematik im Rahmen eines Arbeitsplatzkonfliktes - Colitis ulcerosa, ICD-10/K51.0 - Diabetes mellitus - Gastroösophageale Refluxkrankheit - Diabetes mellitus Typ II, ED 1991 6.

Die Beschwerdegegnerin stellt in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_, ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Allgemein kann zum eingeholten Gutachten einleitend gesagt werden, dass dieses in Kenntnis der Aktenlage, nach eingehenden Untersuchungen, unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden und von auf den entsprechenden Fachgebieten ausgewiesenen Fachärzten erstellt wurde. Insofern erfüllt das Gutachten die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise. Auf das Vorbringen der Beschwerdeführerin, ihre rheumatischen Beschwerden seien ignoriert worden, wird im Folgenden einzugehen sein.

6.1 In der psychiatrischen Beurteilung wird inhaltlich nachvollziehbar dargelegt, dass sich bei der Beschwerdeführerin im Rahmen eines Arbeitsplatzkonfliktes Hinweise auf eine leichte narzisstische Kränkung ergäben und zusätzlich psychosoziale Belastungen überwiegend familiärer Art beständen. Diesbezüglich ist festzustellen, dass der Arbeitsplatzkonflikt für die Beschwerdeführerin auch im Rahmen der anderen Teil-Begutachtungen jeweils im Vordergrund stand. Im Hinblick auf die Persönlichkeit, führt der psychiatrische Gutachter aus, ergäben sich allenfalls leichte Auffälligkeiten. Er weist darauf hin, dass die Beschwerdeführerin bislang im Hinblick auf ihre beruflichen Ziele ein weitgehend zielgerichtetes Verhalten und Handeln gezeigt wie auch Ehrgeiz und Ausdauer an den Tag gelegt habe. Im Umgang mit anderen verhalte sie sich interpersonell konkurrierend. Auch sonst beständen keine Hinweise auf dysfunktionale emotionale und verhaltensbezogene Faktoren sowie fehlende interaktionelle und kommunikative Kompetenzen. Insgesamt schliesst der psychiatrische Gutachter aus den von ihm erhobenen Befunden, dass gegenwärtig weder relevante akute noch chronische psychische Störungen mit versicherungsmedizinischer Bedeutung vorhanden seien. Es gebe zwar Hinweise auf leicht narzisstische Tendenzen, leicht erhöhte Empfindsamkeit, bei Kränkungen auch leicht reduzierte emotionale Belastbarkeit und Frustrationstoleranz. Diesbezüglich wird darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin in der Kindheit zu Selbstverletzungen geneigt habe. Allerdings konnte der Gutachter aktuell in Bezug auf Selbstreflexion, Selbstbild, Identität und Affektdifferenzierung keine Auffälligkeiten feststellen. Dazu wird festgehalten, dass die Beschwerdeführerin trotz eines eher introvertierten Lebensstils eine gute Befähigung zu Kommunikation und Zuwendung zeige. Dies spiegelt sich auch in der langjährigen Beziehung zu ihrem Partner wider. Weiter werden keine Ich-Komplex Defizite festgestellt. Zu den Ressourcen sei zu sagen, dass die Beschwerdeführerin von ihrem Partner eine volle soziale Unterstützung erhalte. Der Therapieverlauf – die Beschwerdeführerin erhalte eine supportive Therapie – wird als

positiv bewertet. Eine solche könne weiter unterstützend und resilienzorientiert mitwirken. Zur Konsistenz und Plausibilität hält der psychiatrische Gutachter fest, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung gut belastbar erscheine und sich keine relevanten Einschränkungen oder Funktionseinbussen ergäben. Die Angaben der Beschwerdeführerin hierzu seien durchaus konsistent und plausibel. Schliesslich geht der psychiatrische Gutachter auf die vorhandenen Akten ein und hält fest, aus dem ersten psychiatrischen Bericht gehe hervor, dass bei der Beschwerdeführerin eine mittelgradige depressive Episode bestehe. Aus aktueller psychiatrischer Sicht wird diese eher als eine affektive Reaktion auf eine narzisstische Kränkung gesehen (Anpassungsproblematik), jedoch nicht als eine eigenständige depressive Episode. Dies erscheint unter Berücksichtigung der von ihm erhobenen Befunde plausibel. Hier wird wiederum auf die Auffälligkeiten in der Persönlichkeitsstruktur hingewiesen, wobei nicht von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung, sondern eher von einer Persönlichkeitsakzentuierung auszugehen sei. Dies wiederum entspricht auch der Einschätzung der Fachpersonen, die die Beschwerdeführerin bisher therapeutisch begleitet haben. Zu den im ersten psychiatrischen Bericht vom Psychiater geschilderten affektiven Symptomen hält der Gutachter fest, diese seien abgeklungen und bestünden aktuell nicht. Auch dies erscheint mit Blick auf die erhobenen Befunde einleuchtend. Mit Bezug auf den späteren Bericht der psychologischen Psychotherapeutin vom 30. April 2020 (IV-Nr. 14; E. II. 5.3 hiervor) hält der Gutachter fest, es ergäben sich dort Hinweise auf eine affektive Störung im Rahmen der Arbeitsplatzkonfliktsituation, jedoch würden eher auffällige Verhaltensmuster als eine Depression geschildert. Auch die im Bericht beschriebenen Symptome wie Müdigkeit, Antriebslosigkeit und Vergesslichkeit könnten im Rahmen der aktuellen Untersuchung nicht objektiviert werden. Insgesamt erscheint die gutachterliche Einschätzung, dass bei der Beschwerdeführerin keine versicherungsmedizinisch relevante Diagnose gegeben ist, nachvollziehbar. Folglich wird aus psychiatrischer Sicht auch eine Arbeitsfähigkeit von 100 % attestiert. Retrospektiv wird im Rahmen der Anpassungsproblematik aufgrund des Arbeitsplatzkonflikts allenfalls eine Arbeitsunfähigkeit von zwei bis sechs Wochen gesehen. Die Beschwerdeführerin lässt hinsichtlich des psychiatrischen Teilgutachtens rügen, es sei widersprüchlich, wenn das erhobene Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrument derart voneinander abweiche, die Aussagen der Beschwerdeführerin vom Gutachter aber gleichzeitig als plausibel erachtet würden. Hierin kann jedoch kein Widerspruch erkannt werden: Die Beschwerdeführerin sieht sich subjektiv mehr eingeschränkt, als dies aufgrund der objektiven Befundlage attestiert wird. Dies steht in Einklang mit den festgestellten Akzentuierungen ihrer Persönlichkeit mit erhöhtem Ehrgeiz und reduzierter emotionaler Belastbarkeit und Frustrationstoleranz bei Kränkungen. Weiter wird moniert, es finde im Gutachten keine Auseinandersetzung mit divergierenden Berichten statt. Der psychiatrische Gutachter ist indessen auf die vorhandenen psychiatrischen/psychologischen Berichte eingegangen. Was die Einschätzung des Hausarztes, Dr. med. F. \_\_\_\_, anbelangt, so ist hierzu zu sagen, dass dieser kein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist und die Beschwerdeführerin auch nicht in dieser Hinsicht behandelt. 6.2 In der gastroenterologischen Beurteilung wird schlüssig dargelegt, dass bei der Beschwerdeführerin eine medikamentös gut eingestellte Colitis ulcerosa vorliege, die seit vielen Jahren bestehe. Dies entspricht der Aktenlage. Als limitierende Auswirkungen werden rezidivierende Durchfälle von stark wechselnder Intensität genannt. Die Symptomausprägung wird in der Schilderung als leicht übertrieben beschrieben. Der Gutachter führt dies auf medizinfremde Einflüsse, insbesondere das

schlechte Verhältnis mit dem letzten Arbeitgeber, zurück. Er hält fest, dass die Colitis ulcerosa mit entsprechender Medikation zufriedenstellend eingestellt sei. Für den Fall des erneuten Auftretens entzündlicher Schübe stünde zur Behandlung eine grosse Palette der üblichen Medikamente zur Verfügung, deren Einsatz derzeit jedoch nicht indiziert sei. Daraus wird geschlussfolgert, dass die gastroenterologischen Symptome bezüglich einer Berufsausübung keine wesentlichen limitierenden Faktoren darstellen. Auch dies erscheint plausibel, zumal die Beschwerdeführerin mit dieser Einschränkung offensichtlich jahrelang vollzeitig berufstätig sein konnte. Bezüglich Konsistenz hält der Gutachter fest, dass aus gastroenterologischer Sicht allenfalls geringgradige Einschränkungen des Aktivitätsniveaus bestünden, die sich gleichermassen im Berufs- und Privatleben auswirkten. Die Symptome erscheinen gutachterlich insgesamt plausibel, wenn auch eine leichte Tendenz zur Aggravierung im Rahmen einer insgesamt vorhandenen klagsamen Attitüde gesehen wird. Eine Arbeitsunfähigkeit wird aus gastroenterologischer Sicht nicht festgelegt. Dies haben auch die behandelnden Ärzte in der Vergangenheit nicht getan. Die Beschwerdeführerin lässt hinsichtlich des gastroenterologischen Teilgutachtens rügen, dort würden die Rückenschmerzen der Beschwerdeführerin ignoriert. Inwiefern sich ein Gastroenterologe zu fachfremden Rückenschmerzen äussern müsste, ist weder ersichtlich noch dargetan. Ebenso wird ein Widerspruch darin gesehen, dass im Rahmen der Beurteilung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit angegeben wird, die Beschwerdeführerin sei darauf angewiesen, eine Toilette in der Nähe zu haben. Weshalb sich aus diesem Umstand eine zeitliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergeben sollte, ist jedoch ebenfalls nicht erkennbar. Diesbezüglich ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin in der Vergangenheit ohne Weiteres in einem Vollpensum tätig sein konnte. 6.3 Die internistische Gutachterin, die ebenfalls über einen Facharztstitel der Rheumatologie verfügt, hält in ihrer Beurteilung zutreffend und in Übereinstimmung mit der Aktenlage fest, dass bei der Beschwerdeführerin seit annähernd 30 Jahren ein Diabetes mellitus II bestehe, welcher zunächst diätetisch therapiert worden sei und zuletzt auch noch mit einem Insulinpräparat zusätzlich zu den oralen Antidiabetika behandelt werde. Dieser sei aus allgemeinmedizinisch-internistischer Sicht gut eingestellt, weshalb weitere Massnahmen aktuell nicht erforderlich seien. Im Weiteren bestünden noch eine Colitis ulcerosa sowie eine Steatosis hepatis und eine primär sklerosierende Cholangitis. Aus allgemeinmedizinisch-internistischer Sicht ergäben sich keine Inkonsistenzen. Im Hinblick auf den Diabetes mellitus Typ II werden keine Einschränkungen von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen gesehen, was nachvollziehbar erscheint. Einzig stark stressbelastende Tätigkeiten, schwere körperliche Tätigkeiten sowie Tätigkeiten im Schichtdienst sollten weit möglichst vermieden werden, was ebenfalls plausibel ist. Die Beschwerdeführerin lässt vorbringen, obwohl die internistische Gutachterin auch Rheumatologin sei, seien keine Abklärungen zu den rheumatischen Diagnosen, auch keine Bildgebungen, erfolgt. Das vorhandene Zittern habe die Gutachterin ebenfalls ignoriert. Dazu ist festzuhalten, dass die Gutachterin die Beschwerdeführerin umfassend untersucht hat. Sie hat im Rahmen der Anamnese festgehalten, dass die Beschwerdeführerin berichtet habe, seit dem Alter von 15 Jahren an Rheuma zu leiden. Sie habe Arthritis und Arthrose. Schliesslich hat sie auch den Bewegungsapparat untersucht und festgehalten: «Wirbelsäule im Lot, Beweglichkeit bei Globalfunktionstest gut. Periphere Gelenke inspektorisch und palpatorisch unauffällig. Soweit altersentsprechende Beweglichkeit bei Globalfunktionstests. Im Bereich des Schultergürtels beidseits ziehende Schmerzangabe im Bereich des Musculus deltoideus beidseits. Aktuell kein Hinweis für Arthritis oder

Synovitis.» Somit hat die Gutachterin keine vorliegenden Diagnosen bzw. Beschwerden ignoriert, sondern aufgrund eines unauffälligen Befunds keine Diagnose erhoben. Vor diesem Hintergrund erschienen ihr auch keine bildgebenden Untersuchungen angezeigt, was nicht zu beanstanden ist. Ohnehin liegt es im Ermessen der gutachterlichen Fachperson zu entscheiden, welche Untersuchungsmethoden einzusetzen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_753/2015 vom 20. April 2016 E. 3.3 mit Hinweisen). Das Zittern wurde auch von behandelnden Ärztinnen und Ärzten nicht speziell erwähnt bzw. als limitierend erachtet. 6.4 In der dermatologischen Beurteilung wird zunächst zutreffend festgehalten, dass es der Beschwerdeführerin trotz Beeinträchtigung durch somatische Erkrankungen (Colitis ulcerosa, Diabetes mellitus) über einen langen Zeitraum gelungen sei, den Anforderungen des Berufslebens zu entsprechen. Die Situation habe sich erst infolge äusserer Belastungsfaktoren nachhaltig geändert, konkret aufgrund von gravierenden Veränderungen der Arbeitsplatzsituation. In dermatologischer Hinsicht wird unter Berücksichtigung der Aktenlage sowie der eigenen Untersuchungsergebnisse schlüssig dargelegt, dass es ab 2014 zu einem Wiederauftreten der aus der Zeit als Zahntechnikerin bekannten Handekzeme gekommen sei. Seitens der Hauterkrankung sei es seit 2014 nicht mehr zu einer längeren symptomfreien Phase gekommen. Infolge der Handekzeme mit wechselnder Intensität wird die Beschwerdeführerin gutachterlich als langfristig beeinträchtigt gesehen. Zwar komme es zwischenzeitlich durch Salbenbehandlung und interne Kortisongabe zu Besserungen, die jedoch in unregelmässigen Abständen von Phasen mit stärkeren Hautbeschwerden unterbrochen würden. Der dermatologische Experte weist darauf hin, dass in den Akten nur wenige Angaben zur Hauterkrankung enthalten seien. Die orale Gabe von Toctino (Alitretinoin) habe gemäss Bericht der Dermatologie des N.\_\_\_\_ zeitweilig in niedriger Dosis eine sehr gute Wirkung gebracht. Möglicherweise bestünde in der Wiederaufnahme dieser oralen Therapie eine bisher ungenutzte Behandlungsoption. Als die dermatologischen Beschwerden erstmals in Zusammenhang mit der Berufstätigkeit als Zahntechnikerin aufgetreten seien, sei keine allergologische Abklärung erfolgt. Dann seien im Zuge der sich seit etwa 2012 entwickelnden psychisch belastenden Situation am Arbeitsplatz wieder Handekzeme aufgetreten. In dieser zweiten Phase sei kein auslösendes Allergen erkennbar, entsprechende Versuche der Abklärung mittels Testung seien offenbar auch jetzt nicht gemacht worden. Somit wird festgehalten, dass die Ursache ungewiss bleibe und eher der Allgemeinsituation (endogenes Ekzem) zuzuordnen sei. In seiner jetzigen Form und Ausprägung (mit Ekzemherden im sichtbaren Bereich, eventuell Verbänden) stelle das Handekzem eine Beeinträchtigung des Bildes dar, mit dem sich die Beschwerdeführerin auf dem Arbeitsmarkt präsentiere. Gleichwohl spreche der geringe diagnostische Aufwand gegen eine wesentliche Einschränkung und Therapiereserven seien bislang ungenützt geblieben. Diese Einschätzung erweist sich mit Blick auf die Tatsache, dass sich den Akten tatsächlich nur wenig hinsichtlich Behandlung der Ekzeme entnehmen lässt, einleuchtend. Der Gutachter hält schliesslich fest, dass die Hauterkrankung bei Verschlechterung je nach Ausprägungsgrad und Beeinträchtigung der Funktion der Hände bei Büroarbeiten die Arbeitsfähigkeit in den besonders stark floriden Phasen des Ekzems auf bis zu 50 % reduzieren könnte. Aktuell sei der Ausprägungsgrad mässig und könne nur eine leichte Einschränkung um maximal ca. 20 % begründen. Diese Beeinträchtigung dürfte vor Beginn der Phase der Arbeitsunfähigkeiten (ab 7/2019) noch nicht in erheblichem Masse bestanden haben, da keine dermatologisch bedingten Arbeitsausfälle belegt seien. Der Gutachter weist zu Recht darauf hin, dass auch die aktuelle Arbeitsunfähigkeit nicht aus dermatologischen, sondern aus psychischen Gründen

ausgesprochen worden sei. Der aktuelle dermatologische Befund könne nur eine leichte Einschränkung von 20 % begründen, wohl ab dem Zeitpunkt der attestierten Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen. Seitens der dermatologischen Erkrankung sollte bei einer angepassten Tätigkeit Folgendes vermieden werden: Arbeit im feuchten Milieu, Kontakt mit hautreizenden Substanzen oder stärkere mechanische Beanspruchungen der Haut. Eine Bürotätigkeit, wie sie die Beschwerdeführerin zuletzt verrichtet habe, sei vor dem Hintergrund der genannten Anforderungen aus dermatologischer Sicht weitgehend leidensadaptiert. Nach dem Gesagten erweist sich auch die dermatologische Beurteilung als schlüssig. Die Beschwerdeführerin lässt einwenden, dass der Gutachter einen IST-Zustand zu beurteilen und keine Prognose zu stellen habe. Dabei wird verkannt, dass sich eine gutachterliche Fachperson durchaus darüber zu äussern hat, ob hinsichtlich eines Beschwerdebildes Therapieoptionen ausgeschöpft sind oder nicht. Ebenso erscheint es nachvollziehbar, wenn aus einem geringen diagnostischen Aufwand auf einen geringen Leidensdruck geschlossen wird. Entsprechende Abklärungen könnten allenfalls zu einer Linderung der Beschwerden führen. Auch wird vorgebracht, der Gutachter erläutere nicht, wann es jeweils zu einer 50%igen Einschränkung komme. Der Gutachter hat hierzu festgehalten, dass dies für besonders floride Phasen der Ekzeme der Fall sei, somit dann, wenn die Ekzeme besonders stark ausgeprägt sind. Gleichzeitig hat er festgehalten, dass eine solche starke Ausprägung zum Untersuchungszeitpunkt nicht vorlag, weshalb er eine 20%ige Beeinträchtigung attestiert hat. Insofern ist hier keine fehlende Erklärung oder Begründung auszumachen.

6.5 Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich das von der Beschwerdegegnerin eingeholte, versicherungsexterne Gutachten vom 18. Mai 2021 als beweismässig erweist und darauf abgestellt werden kann. Es bleibt zu prüfen, ob die nach Erstellung des Gutachtens eingereichten Berichte Zweifel an der Schlüssigkeit aufkommen lassen oder eine Verschlechterung des Gesundheitszustands ausgewiesen wird:

6.5.1 In der Stellungnahme von Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Praktischer Arzt, vom 12. September 2021 (IV-Nr. 44) wird ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei «komplex-erkrankt» bzw. «komplex-eingeschränkt». Es bestünden verschiedene leicht- bis mittelgradige Beschwerdebilder, die sich konstant gegenseitig negativ beeinflussten. Man sehe einen dermatologischen, einen rheumatologischen-immunologischen und einen psychiatrischen Cluster. Der aktuell prominenteste sei der dermatologische. In Bezug auf Arbeiten, die Hände und Finger benötige, sei die Beschwerdeführerin seit Wochen zu 100 % nicht arbeitsfähig. In einem weiteren Cluster könnte man rheumatoide, arthritische und andere ev. autoimmunologische Störungen zusammenfassen: Die Beschwerdeführerin sei aktuell durch einen neuerlichen Schub der bekannten Colitis ulcerosa beeinträchtigt. Es bestehe eine chronifizierte Lumbalgie, die die Beschwerdeführerin im früheren Arbeitsalltag gut kompensiert habe durch regelmässiges Aufstehen und Umherlaufen. Im psychiatrischen Cluster sehe man im Rahmen der Konsultationen der letzten eineinhalb Jahre eine emotional-instabile Persönlichkeitsstruktur. Die von psychiatrischer Gutachterseite beschriebene narzisstische Komponente verorte er eher in einem Selbstschutz bei verletzter Persönlichkeit. Weiter bestünden rezidivierende depressive und angst-gefärbte Anpassungsstörungen auf Störungen im Arbeitsplatzmilieu. Dieser werde aber weder subjektiv noch objektiv als einschränkend bzw. hindernd für die Arbeitsfähigkeit eingestuft. Da die Beschwerdegegnerin in einer ersten Beurteilung keine Rente spreche, sei anzunehmen, dass sie die Einzelleiden in ihrem Ausmass als zu wenig hindernd einstufe. Dass aber auch Wiedereingliederungsmassnahmen abgelehnt würden, sehe man als Fehleinschätzung der Gesamtsituation. Die reale Einschränkung könne nur

anlässlich einer praktischen Abklärung in einer BEWO oder einer für Bürofachkräfte spezialisierten Einrichtung festgestellt werden. Der Bericht des behandelnden Arztes enthält keine wesentlichen neuen Erkenntnisse, die im Gutachten nicht behandelt worden wären. Vielmehr handelt es sich weitgehend um eine andere Einschätzung des medizinisch gleichen Sachverhalts, wobei der behandelnde Arzt auf keinem der hier relevanten Gebiete ein Facharzt ist. Er gibt zwar an, dass es sich vorliegend um ein vielschichtiges Beschwerdebild handelt, äussert sich allerdings nur über eine Arbeitsunfähigkeit in dermatologischer Hinsicht. Auch enthält der Bericht keine Befunde, sondern gibt lediglich die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden wieder. So konnte, wie von der federführenden Gutachterin Dr. med. H. \_\_\_ in ihrem Teilgutachten und auch in ihrer Stellungnahme vom 5. Januar 2022 (IV-Nr. 46) festgehalten, im Rahmen der Begutachtung keine rheumatoide/arthritische Komponente festgestellt werden. Aus gastroenterologischer Sicht, der vom behandelnden Arzt beschriebenen autoimmunologischen Komponente, sei zudem festgestellt worden, dass die Colitis ulcerosa medikamentös gut eingestellt sei und eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hierdurch aktuell nicht vorliege.

6.5.2 Im Bericht von Dr. med. I. \_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, vom 6. Dezember 2021 (IV-Nr. 48), werden folgende Diagnosen gestellt: - Fibromyalgische, chronische Schmerzkrankheit Depression - Colitis ulcerosa CCP-Antikörper, ANA, HLA B27 negativ - Metabolisches Syndrom Diabetes mellitus Typ 2, Dyslipidämie, Adipositas Diabetische Retino- und Polyneuropathie Status nach Nierensteinleiden ca. 4/21 Status nach Cholezystektomie Hepatopathie unklarer Aetiologie - Polyarthrose Tendinose calcarea rechte Schulter Omarthrose beidseits Heberden-Bouchardarthrosen - Osteoporose im Frakturstadium Dexa 12/21 Rezidivierende Steroidbehandlung Status nach distaler Radiusfraktur rechts, operiert 2019 Status nach konservativer Behandlung von Fussfrakturen links ca. 2009 - Verdacht auf atopische Dermatitis Im Vordergrund stünden momentan Schulterschmerzen rechtsbetont. Die Beschwerdeführerin habe Schmerzen immer wieder im Bereich mehr oder minder des ganzen Körpers. Es fänden sich beginnende Spondylarthrosen L4 bis S1. Im Übrigen bestünden keine signifikanten degenerativen Veränderungen und keine Hinweise für Sakroileitis oder Spondarthritis. Es wurden diverse Röntgenbilder erstellt: Röntgen Becken a.-p. stehend vom 01.12.2021: Es finde sich eine Gefässsklerose. Unauffällige Iliosakralgelenke. Beginnende reizlose Coxarthrose beidseits. Keine Hinweise für Kristallarthropathie. Röntgen Hände beidseits a.-p. vom 01.12.2021: Keine erosiv entzündlichen Veränderungen. Leichtgradige Heberden-Bouchardarthrosen. Keine Hinweise für Kristallarthropathie. Status nach distaler Radiusfraktur rechts. Röntgen Schulter beidseits vom 01.12.2021: Es fänden sich Zeichen eines subakromialen Impingements beidseits sowie eine beginnende Omarthrose beidseits. Keine Kristallarthropathie. Zusammengefasst hält Dr. med. I. \_\_\_ fest, er finde keine Hinweise für eine Colitis ulcerosa, eine assoziierte Spondarthritis, einen entzündlichen Rheumatismus oder eine Kristallarthropathie. Eine rheumatische Erkrankung sieht er also nicht. Es bestehe aber eine Osteoporose. Über eine diesbezügliche Arbeitsunfähigkeit wird nichts gesagt. Weiter diagnostiziert Dr. med. I. \_\_\_ eine leichtgradige Polyarthrose, am ausgeprägtesten noch im Bereich der Schultern. Die Schmerzhaftigkeit sei aber durchaus auch im Rahmen eines weichteilrheumatischen Prozesses zu interpretieren. Bezüglich Osteoporose im Frakturstadium werde eine Behandlung mit Fosavance eingeleitet. Es zeigt sich somit, dass Therapiemassnahmen eingeleitet wurden und dass von Seiten des Arztes keine Arbeitsunfähigkeit festgelegt wird. Der Bericht vermag daher keine seit der Begutachtung eingetretenen Veränderungen der Verhältnisse aufzuzeigen, die sich

anspruchsrelevant auswirken würden. 6.5.3 Zusammenfassend kann auf die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden. Demgemäss beträgt die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit 80 % (leichte Einschränkung aus dermatologischen Gründen). Im Falle einer Verschlechterung kann je nach Hautzustand vorübergehend auch eine Einschränkung bis zu 50 % eintreten. In einer angepassten Tätigkeit beträgt die Arbeitsfähigkeit 100 %, wobei auch hier im Falle einer Verschlechterung je nach Hautzustand vorübergehend auch eine Einschränkung bis zu 50 % eintreten kann. Bei einer optimal angepassten Tätigkeit werden Arbeiten im feuchten Milieu, Kontakt mit hautreizenden Substanzen oder stärkere mechanische Beanspruchungen der Haut vermieden (vgl. IV-Nr. 34.1 S. 4 ff.). Diese Einschätzung steht in somatischer Hinsicht entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nicht in Widerspruch zu denjenigen der behandelnden Fachpersonen, die allesamt keine Arbeitsunfähigkeiten festgelegt haben. Auch in psychiatrischer Hinsicht liegt mit Verweis auf die vorstehenden Erwägungen keine Arbeitsunfähigkeit vor. Damit übereinstimmend hält auch der RAD fest, an der Begutachtungsergebnissen sei festzuhalten (vgl. IV-Nr. 37 und 49).

7. Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung keinen Einkommensvergleich vorgenommen, da sie von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit, bei welcher ausschliesslich ein feuchtes Milieu, Kontakt mit hautreizenden Substanzen oder stärkere mechanische Beanspruchungen der Haut zu vermeiden sind, ausgegangen ist. Bei dieser Ausgangslage ist der Verzicht auf die Durchführung eines Einkommensvergleichs nicht zu beanstanden. Die Beschwerdeführerin kann bei dieser Ausgangslage ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen.

8. Die Beschwerdeführerin lässt geltend machen, es liege eine Altersinvalidität vor. Sie könne die verbleibende Restarbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht mehr verwerten.

8.1 Die Rechtsprechung anerkennt, dass das (vorgerückte) Alter zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischweise nicht mehr nachgefragt wird. Massgebend sind die Umstände des konkreten Falles, etwa die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich. Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-) Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit abzustellen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_702/2020 und 9C\_703/2020 vom 1. Februar 2021 E. 3.3 mit Hinweisen).

8.2 Die Rechtsprechung hat für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen relativ hohe Hürden aufgestellt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_535/2021 vom 25. November 2021 E. 5.6 mit Hinweisen). Das Bundesgericht ging bei einer Versicherten mit einer verbleibenden Aktivitätsdauer von drei Jahren und acht Monaten davon aus, dass diese Zeitspanne genüge, um die Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten. Gemäss dem zumutbaren Tätigkeitsprofil (körperlich leichte bis höchstens mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit, ohne Feuchtarbeiten oder Kontakt mit sensibilisierenden Substanzen, mit einer Hebe- und Traglimite von 5 kg) stünden noch eine grosse Anzahl von Stellen zur Verfügung. Insbesondere stelle der Umstand, dass die Versicherte seit Jahren keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen sei, kein entlastendes Moment dar, denn das

Fernbleiben vom Arbeitsmarkt sei nicht gesundheitlich bedingt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_563/2019 vom 23. Dezember 2019 E. 5.3). Ebenfalls bejaht wurde die Verwertbarkeit bei einer verbleibenden Aktivitätsdauer von 2.5 Jahren und einer Arbeitsfähigkeit von 45 %, wobei diese Restarbeitsfähigkeit in einer Bürotätigkeit, welche den Erfahrungen der Versicherten (Banklehre, Computertechnikerin) entsprach, verwertet werden konnte, sodass von einem minimalen Einarbeitungsaufwand auszugehen war (Urteil des Bundesgerichts 8C\_645/2017 vom 23. Januar 2018 E. 4.3.1 und 4.3.2).

8.3 Zum Zeitpunkt des Feststehens der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit am 18. Mai 2021 (Datum des Gutachtens des Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_) war die Beschwerdeführerin 59 Jahre und 7 Monate alt. Als allein ausschlaggebendes Kriterium wird das Alter bei Männern erst ab dem Alter 64 bzw. bei Frauen ab dem Alter 63 anerkannt (vgl. Thomas Gächter/Philipp Egli/Michael Meier/Martina Filippo: Grundprobleme der Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung, Rechtsgutachten, Zürich/Winterthur 2021 [abrufbar unter [www.wesym.ch](http://www.wesym.ch); nachfolgend: Gächter et.al.], S. 13 N 31 f.). Im Gegensatz zum ersten, obenstehend zitierten Fall (E. 8.2) besteht noch eine Aktivitätsdauer von rund 4 ½ Jahren. Eine langjährige Abwesenheit vom Arbeitsmarkt wie im zitierten Fall ist nicht gegeben. Die Beschwerdeführerin ist seit 2020 nicht mehr arbeitstätig, allerdings aus gesundheitsfremden Gründen. Ihr wäre die Aufnahme einer (Teil-)Erwerbstätigkeit möglich gewesen. In der angestammten Tätigkeit als Sachbearbeiterin Administration, die sie seit 1989 beim gleichen Arbeitgeber ausgeübt hatte, ist eine relativ hohe (Rest-)Arbeitsfähigkeit von 80 % gegeben. In einer angepassten Tätigkeit, ohne feuchtes Milieu und ohne Kontakt mit hautreizenden Substanzen oder stärkere mechanische Beanspruchungen der Haut, beträgt die Arbeitsfähigkeit 100 %. Für dieses Tätigkeitsprofil bestehen fraglos Arbeitsplätze, dies insbesondere im administrativen Bereich. Die Beschwerdeführerin war bis zur Kündigung der langjährigen Arbeitsstelle ohne Unterbruch arbeitstätig, wobei sie ihren ursprünglich erlernten Beruf der Zahntechnikerin aus gesundheitlichen Gründen aufgeben musste. Diese Umstellung gelang ihr gut und es kann davon ausgegangen werden, dass durchaus eine Umstellungsfähigkeit im Erwerbsleben der Beschwerdeführerin gegeben ist. Auch die fehlende Berufsausbildung als Sachbearbeiterin erscheint hier kein relevantes Kriterium, da sie über eine solide Grundausbildung verfügt und im administrativen Bereich eine langjährige Erfahrung vorweisen kann. Somit ist mit Blick auf die oben zitierte, strenge bundesgerichtliche Rechtsprechung davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin die verbleibende Restarbeitsfähigkeit verwerten und sich in einer angepassten Arbeitstätigkeit, die Vollzeit ausgeübt werden könnte, auch genügend einarbeiten kann.

9. Schliesslich lässt die Beschwerdeführerin berufliche Massnahmen geltend machen. Bei einer vollen Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit kann ein solcher Anspruch aber nicht gegeben sein. Eine Unterstützung bei der Stellensuche im Sinne einer Arbeitsvermittlung (Art. 18 IVG) ist ebenfalls nicht angezeigt. Dazu ist festzuhalten, dass Arbeitsvermittlung im Sinne einer aktiven Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes voraussetzt, dass die Behinderung Probleme bei der Stellensuche verursacht. Solche spezifischen Einschränkungen gesundheitlicher Art liegen hier nicht vor. Die Suche nach Tätigkeiten, welche dem massgeblichen Zumutbarkeitsprofil der Beschwerdeführerin entsprechen, bedarf keiner besonderen Kenntnisse. Seit der Kündigung ihrer letzten Arbeitsstelle hat die Beschwerdeführerin keine Bemühungen unternommen, eine Stelle zu finden. Die Stellenvermittlung fällt damit in den Zuständigkeitsbereich der Arbeitslosenversicherung. Somit ist auch ein Anspruch auf berufliche Massnahmen zu verneinen. Die Beschwerde ist abzuweisen.

## **E. 10**

10.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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

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