

# SO\_GERICHTE VSBES.2023.47 vom 15. März 2024

SO Obergericht, 2024-03-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2023.47\\_d20240315](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.47_d20240315)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2023.47 du 15 mars 2024

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2023.47 del 15 marzo 2024

## Regeste

Invalidenrente

## Erwägungen

### E. 1

A.\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführerin), geb. 1958, meldete sich am 13. November 2013 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend Beschwerdegegnerin) an (IV-Nr. [Akten der IV-Stelle] 2).

#### E. 1.1

Die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation der beschwerdeführenden Partei) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

#### E. 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 Rechts-sätze anwendbar, 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 m.w.H.). Entsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, die damals in Kraft standen. 2.

#### E. 1.3

Gemäss Stellungnahme des Abklärungsdienstes vom 23. Juni 2014 (IV-Nr. 22) ergab die Invaliditätsbemessung nach der gemischten Methode bei der Beschwerdeführerin einen Invaliditätsgrad von 13 %. Entsprechend beantragte der Abklärungsdienst die Abweisung des Rentengesuchs der Beschwerdeführerin.

#### E. 1.4

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-Nr. 23) wies die Beschwerdegegnerin die Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin schliesslich mit Verfügung vom 25. September 2014 (IV-Nr. 24) ab. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

### E. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die

für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Abs. 2 IVG).

### **E. 2.2**

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

### **E. 2.3**

Eine Neuanschuldung nach rechtskräftiger Verneinung eines Rentenanspruchs wird gemäss Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) nur geprüft, wenn die gesuchstellende Person glaubhaft macht, dass sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 8C\_477/2020 E. 4.2 und 4.3 m.w.H.). Eine solche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse kann namentlich in einer Verschlechterung des Gesundheitszustands mit entsprechend verminderter Arbeitsfähigkeit oder in geänderten erwerblichen Auswirkungen einer im Wesentlichen gleich gebliebenen Beeinträchtigung der Gesundheit liegen. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und zu prüfen, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrads auch tatsächlich eingetreten ist. Diese Prüfung erfolgt analog zur Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG anhand eines Vergleichs des Sachverhalts im Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweismwürdigung und Invaliditätsbemessung beruht, mit dem Sachverhalt im Zeitpunkt der neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114). Stellt die Verwaltung fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab; andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und beschliesst danach über den Anspruch. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht.

### **E. 2.4**

Das Sozialversicherungsverfahren und auch das Rechtspflegeverfahren sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Das heisst, dass die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen haben. Eine Tatsache darf von Verwaltung und Gericht nur dann als bewiesen angenommen werden, wenn diese von ihrem Bestehen überzeugt sind (BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429).

### **E. 2.5**

Im Sozialversicherungsrecht haben Verwaltung und Gericht ihren Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisforderungen nicht. Verwaltung und Gericht haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die

wahrscheinlichste würdigen (BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429). Das Sozialversicherungsrecht kennt keinen Grundsatz, wonach im Zweifel zugunsten der versicherten Person zu entscheiden ist. Ein Anspruch auf Leistungen besteht nur, wenn die Voraussetzungen dafür mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erfüllt sind (vgl. ZAK 1983 S. 259).

## **E. 2.6**

Wie die einzelnen Beweismittel konkret zu würdigen sind, schreibt das Bundesrecht nicht vor. Sowohl im Sozialversicherungsverfahren als auch im Rechtspflegeverfahren gilt das Prinzip der freien Beweiswürdigung, wonach Verwaltung und Gericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen haben (wegleitend BGE 125 V 351 E. 3.a S. 352 f.). Für das vorliegende Verfahren bedeutet dies, dass das Versicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. 3. Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente zu Recht verneint hat. Ob eine anspruchsbegründende Veränderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – wie unter Ziff. 2.3 oben bereits ausgeführt – nach den gleichen Grundsätzen wie bei einer Revision nach Art. 17 ATSG. Zu vergleichen sind vorliegend die Verhältnisse im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 25. September 2014 – siehe hierzu Ziff. 4 unten – mit denjenigen im Zeitpunkt der Neuanmeldung vom 23. Januar 2017 – siehe hierzu Ziff. 5 unten –, wobei auch die weitere Entwicklung bis zum Erlass der Verfügung über die Neuanmeldung vom 11. Januar 2023 zu berücksichtigen ist (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C\_683/2013 E. 3.1). 4. Grundlage der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 25. September 2014 bildet zunächst die Stellungnahme des RAD vom 23. Juni 2014, die sich ihrerseits auf die aktuellen medizinischen Unterlagen der behandelnden Ärzte der Beschwerdeführerin – Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin FMH Innere Medizin, Hausärztin der Beschwerdeführerin, sowie Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH Innere Medizin und Rheumatologie, Rheumatologe der Beschwerdeführerin – stützt. Der Stellungnahme des RAD zufolge können bei der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden: 1. Serumamyloidose AA; - Zustand nach Entzündungen des Bewegungsapparates mit diversen ineffizienten Therapieversuchen, aktuell gut therapiert mit Methotrexat und Actemra® ab 8/13, Zustand stabil; - Zustand nach Erythema nodosum; - Kardiomyopathie: DD hypertensiv, Amyloidose; - Zustand nach medikamenten-assoziiertes Konnektivitis; - Zustand nach rezidivierenden Infekten unter Immunsuppression, zuletzt 12 /2012; Rezidivierende Tonsillitis; 2. Morbus Crohn, aktuell inaktiv und in Remission; 3. chronisch rezidivierendes spondylogenes Syndrom bei Zustand nach Diskushernien L5/S1 rechts mit Operation 2002 und bei degenerativen Veränderungen; 4. generalisiertes fibromyalgisches Schmerzsyndrom; 5. sekundäre depressive Niedergestimmtheit mit mnestischen Störungen; Der RAD führt zu den Diagnosen in seiner Stellungnahme aus, dass die Beschwerdeführerin unter diversen Krankheitsbildern leide. Als Hauptdiagnose figuriere die Serumamyloidose AA. Die klinisch dominierende Symptomatik sei durch entzündliche

Veränderungen im Bereich des Bewegungsapparates bedingt, was zu Schmerzen führe. Unter der aktuellen Therapie mit den Immunsuppressiva Actemra® und Methotrexat sei die entzündliche Situation gemäss Dr. E.\_\_\_\_ jedoch kompensiert, so dass diesbezüglich die Arbeitsfähigkeit kaum beeinträchtigt sei. Der Morbus Crohn befinde sich seit der letzten Koloskopie in Remission und begründe seither keine Arbeitsunfähigkeit. Das chronische lumbospondylogene Schmerzsyndrom bei Zustand nach operierter Diskushernie 2002 und degenerativen Veränderungen der LWS habe einen Einfluss auf mittelschwere bis schwere Tätigkeiten, nicht aber auf leichte körperliche Belastungen. Das chronische fibromyalgische Schmerzsyndrom dürfte im subjektiven Schmerzerleben der Beschwerdeführerin und ihrer subjektiven Beeinträchtigung die Hauptdiagnose darstellen. Versicherungsmedizinisch könne diese aber keine Arbeitsunfähigkeit begründen, es sei denn, es bestünden relevante Komorbiditäten, was bei der Beschwerdeführerin der Fall sei. Insofern sei das chronische fibromyalgische Schmerzsyndrom für jede Tätigkeit als arbeitsbeeinträchtigend zu beurteilen. Im Gesamtkonsens begründe sie zusammen mit den somatisch begründeten Schmerzen die von Dr. E.\_\_\_\_ formulierte ausgeprägte Belastungsintoleranz. Von Dr. D.\_\_\_\_ werde vor dem Hintergrund der Krankheitsbelastung und der psychosozialen Belastungen die Diagnose einer chronischen Depression aufgeführt. Entsprechende Befunde lägen jedoch keine vor. Der einzige psychiatrische Bericht datiere von 2005. Damals sei aufgrund der floriden Krankheitsaktivität und anamnestischer Kriegstraumen die Diagnose einer Anpassungsstörung, Angst und depressiven Reaktion, gemischt gestellt worden. Im Intake-Gespräch habe die Beschwerdeführerin eine psychiatrische Betreuung abgelehnt, was gegen ein relevantes depressives Leiden spreche. Deshalb sei nach Ansicht des RAD eher von einer sekundären depressiven Niedergestimmtheit auszugehen. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hält der RAD in seiner Stellungnahme fest, dass sich bezüglich der rein somatischen Funktionalität der Beschwerdeführerin in den aktuellen medizinischen Berichten kein Hinweis auf eine mechanische Einschränkung des Bewegungsapparates oder anderweitiger Organsysteme ergebe. Dr. E.\_\_\_\_ begründe die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin mit der schmerzbedingten Belastungsintoleranz. Dies bedeute, dass die Fibromyalgie der entscheidende arbeitseinschränkende Faktor sei. Da Komorbiditäten bestehen würden, schränke diese die Arbeitsfähigkeit auch aus versicherungsmedizinischer Sicht ein, jedoch nicht zu 100 %. Eine körperlich leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit sei der Versicherten durchaus zumutbar. Dies beziehe sich auch auf leichte Haushaltarbeiten, die auch unter Berücksichtigung des chronischen lumbalen Schmerzsyndroms zumutbar seien. Der Umfang der Arbeitsfähigkeit in einer leichten Verweistätigkeit betrage 50 % bzw. vier Stunden pro Tag ohne Leistungseinschränkung. 5. Grundlage der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 25. September 2014 bildet ferner die Stellungnahme des Abklärungsdienstes der Beschwerdegegnerin vom 23. Juni 2014. In dieser führt der Abklärungsdienst zunächst aus, dass der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Angaben im IV-Fragebogen «Erwerb/Haushalt», wonach der Erwerbsanteil bei voller Gesundheit 10 bis 20 % betragen würde, nach der gemischten Bemessungsmethode im Verhältnis 15 % Erwerb und 85 % Haushalt zu erheben sei. Da die Arbeits- und Leistungsfähigkeit mindestens vier Stunden pro Tag betrage, ergebe sich beim Erwerbsanteil angesichts eines Pensums von 15 % von vornherein keine gesundheitsbedingte Einschränkung. Die im Haushalt anfallenden Arbeiten seien in der Regel als leicht bis gelegentlich mittelschwer einzustufen und entsprächen damit grösstenteils dem zumutbaren Profil. Gesundheitsbedingte Einschränkungen seien bei der

gründlichen Reinigung (Bodenpflege, Küche, sanitäre Anlagen), beim Tragen von Wäschekörben, beim Wäsche aufhängen, beim Tragen und Heben von schweren Gegenständen (Pfannen, Einkaufstaschen, usw.) sowie beim Fenster putzen anzunehmen. Unter Berücksichtigung der Schadenminderungspflicht sei im Haushalt von einer Einschränkung von maximal 15 % auszugehen. Insgesamt ergebe sich somit ein Invaliditätsgrad von gerundet 13 %.

#### **E. 2.7**

Zu den von der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 8. April 2021 (IV-Nr. 117) gestellten Zusatzfragen reichte die C.\_\_\_\_ mit Schreiben vom 31. Mai 2021 (IV-Nr. 119) die entsprechenden Stellungnahmen der betroffenen Fachgebiete ein.

#### **E. 2.8**

Am 21. Februar 2022 erstellte der Abklärungsdienst der Beschwerdegegnerin einen zweiten Bericht zur Invalidität im Haushalt (IV-Nr. 126). Diesem zufolge sei im Bereich der Haushaltstätigkeiten von einer Einschränkung von 26 % auszugehen, was keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründe.

#### **E. 2.9**

Mit Verfügung vom 11. Januar 2023 (A.S. [Aktenseite] 1 ff.) wies die Beschwerdegegnerin nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-Nrn. 128, 134, 135 und 139) den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin ab.

#### **E. 3**

Hiergegen lässt die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 20. Februar 2023 (A.S. 9 ff.) Beschwerde erheben und verlangt in dieser die Zusprache einer Rente.

#### **E. 4**

Die Beschwerdegegnerin beantragt in ihrer Eingabe vom 27. März 2023 (A.S. 17) die Abweisung der Beschwerde. Im Übrigen verzichtet sie auf eine Beschwerdeantwort.

#### **E. 5**

Mit Eingabe vom 2. August 2023 (A.S. 20 ff.) reicht die Beschwerdeführerin eine Replik sowie zusätzliche Beweismittel ein.

#### **E. 6**

Grundlage der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 11. Januar 2023 bilden zunächst die polydisziplinären Gutachten der C.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2018 und 19. März 2021. Im Folgenden gilt es daher deren Beweiswert zu prüfen:

##### **E. 6.1**

Das von der C.\_\_\_\_ erstellte polydisziplinäre Erstgutachten besteht aus dem Hauptgutachten vom 15. Januar 2018 (IV-Nr. 57.1), dem rheumatologischen Teilgutachten vom 7. Oktober 2017 (IV-Nr. 57.2), dem psychiatrischen Teilgutachten vom 29. September 2017 (IV-Nr. 57.3), dem gastroenterologischen Teilgutachten vom 4. Oktober 2017 (IV-Nr. 57.4.) sowie dem Laborbericht von F.\_\_\_\_ vom 26. September 2017 (IV-Nr. 57.5).

##### **E. 6.1.1**

Im rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH Rheumatologie, zertifizierter Gutachter SIM, vom

### E. 6.1.2

Im gastroenterologischen Teilgutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH Gastroenterologie, Facharzt FMH Innere Medizin, vom 4. Oktober 2017 werden folgende Diagnosen gestellt: 1. Ileo-Colitis Crohn, fibrostenosierend, ED 1999; - initialer Befall ileozökäl; - Dilatation einer Stenose 2002; - Methotrexat 2003-2004; - Remicade 2009; - extra-intestinale Manifestation: rezidivierendes Erythema nodosum, AA-Amyloidose (kardial); - Koloskopie 11/2015: Narbige postentzündliche Veränderungen; - Gastroskopie 01/2016: Leichtgradige Gastritis, keine H. pylori; - Gastroskopie 04/2017: Milde Antrumgastritis, Soor-Ösophagitis; - Koloskopie 4/17: kleinste Erosion im Rektosigmoid, sonst kein Hinweis auf entzündliche Aktivität des Morbus Crohn; narbige Stenose des Coecums; - 3.10.2017: unter 3-fach Immunsuppression aktuell klinische und weitgehende labormässige Remission des Morbus Crohn, keine Hinweise auf hohe intestinale entzündliche Crohn-Aktivität, keine Hinweise auf funktionell relevante Stenose ileo-zökäl; - v.a. systemische Inflammation (Anämie, leichte BSR-Erhöhung, leichte Hypoalbuminämie); 2. erniedrigtes Morgencortisol, dd: Nebenniereninsuffizienz? Dr. H.\_\_\_\_ stützt sich in seinem Gutachten auf die Vorakten und die eigene Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 3. Oktober 2017 und bezieht auch die von ihr geklagten Beschwerden mit ein. Sowohl die Befunde als auch die hieraus gezogenen Schlussfolgerungen werden nachvollziehbar begründet und vermögen entsprechend zu überzeugen. So stellt Dr. H.\_\_\_\_ fest, dass die Beschwerdeführerin an einem fibrostenosierenden Morbus Crohn (ED 1999) mit ileozökalem Befall und extraintestinalen Manifestationen (rezidivierendes Erythema nodosum) leide. Die intestinale Crohnerkrankung sei in den letzten 18 Jahren unter medikamentöser Therapie wenig aktiv gewesen. Dennoch habe im frühen Krankheitsverlauf (2002) eine Darmstenose dilatiert werden müssen. Seither seien keine invasiven Massnahmen mehr notwendig gewesen, wiederholte endoskopische Untersuchungen hätten narbige Veränderungen und eine höchstens minimale endoluminale Entzündungsaktivität gezeigt, was gut zum aktuell gering erhöhten Calprotectin passe. Penetrierende Komplikationen (Fisteln, Abszesse) hätten sich nicht entwickelt. Es bestünden indessen Hinweise auf eine anhaltende systemische Inflammation (thorakale Schmerzen, dd: seronegative Spondylarthritis?, rezidivierendes Erythema nodosum, leichte Anämie, BSR- Erhöhung, Hypoalbuminämie). Die beklagte Müdigkeit sei in diesem Kontext gut erklärbar. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin führt Dr. H.\_\_\_\_ in stringenter Weise aus, dass vonseiten der intestinalen Crohn-Aktivität der Beschwerdeführerin aktuell eine Arbeitsfähigkeit von 75 % im erlernten Beruf als Näherin zuzumuten wäre. Aufgrund der objektiven Parameter unter dreifacher Immunsuppression könne keine höhergradige intestinale Crohn-Aktivität objektiviert werden. Es kämen sonografisch keine Darmwandverdickungen oder distendierten Darmsegmente als Hinweise auf eine Passagestörung infolge von Stenosen/Strikturen zur Darstellung. Angesichts des leicht erhöhten Calprotectins lägen mutmasslich kleinere Ulcera oder Erosionen im Dünn- oder Dickdarm vor, wie anlässlich der Koloskopie 4/17 beschrieben. Aufgrund des Verlaufs könne davon ausgegangen werden, dass die intestinale Crohn-Aktivität unter der etablierten Therapie gut kontrolliert sei. Andererseits bestehe jedoch eine systemische, extraintestinale Inflammation. Diese sei gelegentlich klinisch und labormässig schlecht fassbar. Im aktuellen Zeitpunkt scheine sie die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin eher einzuschränken als die endoluminale, intestinale Crohn-Erkrankung. Unter Berücksichtigung der systemischen Entzündung erachtet Dr. H.\_\_\_\_ eine Arbeitsfähigkeit von 50 % im angestammten Beruf als zumutbar.

Das Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ vermag sowohl in seiner Herleitung als auch in seinem Ergebnis zu überzeugen. Die von Dr. Bründler erhobenen Befunde ergeben zusammen mit der medizinischen Vorgeschichte ein stimmiges Bild über den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus gastroenterologischer Sicht. Als Facharzt für Gastroenterologie und Innere Medizin verfügt Dr.H.\_\_\_\_ offensichtlich über die erforderliche Expertise. Das gastroenterologische Teilgutachten von Dr. H.\_\_\_\_ erfüllt somit sämtliche Anforderungen, die im vorliegenden Rahmen an ein medizinisches Gutachten zu stellen sind.

#### **E. 6.1.3.1**

Im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, zertifizierter Gutachter SIM, vom 29. September 2019 werden folgende Diagnosen gestellt: mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD 45.41); 2. Verbitterungssyndrom (ohne ICD-Nummer); ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: keine. Hinsichtlich der Diagnose der chronischen Schmerzstörung führt Dr. I.\_\_\_\_ in seinem Gutachten aus, dass die entsprechenden Kriterien – seit mindestens sechs Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, ein am Ursprung der Entwicklung stehendes somatisches Leiden sowie psychische Belastungen mit wesentlicher Bedeutung für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Beschwerden – allesamt erfüllt seien. So klage die Beschwerdeführerin über Skelettschmerzen und abdominelle Schmerzen, die gemäss den Akten auf ein somatisches Leiden zurückzuführen seien. Als psychische Belastungen seien die von der Beschwerdeführerin geschilderten Ereignisse während des Kosovokriegs – die Beobachtung von Kriegshandlungen, die Festnahme und Vergewaltigung – sicher genügend. Hinsichtlich der Diagnose des Verbitterungssyndroms räumt I.\_\_\_\_ ein, dass es sich dabei um keine anerkannte Kategorie handle, er diesen Begriff aber trotzdem eingefügt habe, weil er den Zustand der Beschwerdeführerin umschreibe. Zur Bemessung der Arbeitsunfähigkeit könne der Verbitterung aber keine Bedeutung beigemessen werden. Weitere Diagnosen drängten sich gemäss Dr. I.\_\_\_\_ nicht auf. So habe sich die typische Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung, die wegen der Vergewaltigung und der Kriegserlebnisse zu vermuten gewesen wäre, nicht in Erfahrung bringen lassen. Die Beschwerdeführerin habe ihre Erinnerungen an die Ereignisse sehr unpräzise beschrieben. Zudem habe sie weder Angstträume noch eigentliche Flashbacks bestätigt. Auch die erforderliche generelle Über-Erregbarkeit habe sich bei der Beschwerdeführerin nicht erkennen lassen. Schliesslich hätten sich auch keine Konzentrationsstörungen, Störungen des Bewusstseins und der Orientierung, Wahnphänomene, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen feststellen bzw. objektivieren lassen. Was die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin betrifft, so hält Dr. I.\_\_\_\_ im Gutachten fest, dass eine Integration der Beschwerdeführerin in den Arbeitsprozess unrealistisch sei. Die Beschwerdeführerin sei in der Schweiz nie berufstätig gewesen, habe in jungen Jahren ausschliesslich die Haushaltsführung übernommen und sei heute – d.h. im Zeitpunkt der Begutachtung – knapp 60-jährig. Zu fragen sei demnach, welcher Anteil am Unvermögen der Beschwerdeführerin durch invaliditätsbedingte und welcher durch invaliditätsfremde Faktoren begründet sei. Nach Meinung von Dr. I.\_\_\_\_ werde diese Problematik angemessen eingeschätzt, wenn die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin zu je 50 % auf invaliditätsbedingte und invaliditätsfremde Faktoren zurückgeführt werde.

### E. 6.1.3.2

Psychische Leiden sind wegen ihres Mangels an objektivierbarem Substrat dem direkten Beweis einer anspruchsbegründenden Arbeitsunfähigkeit nicht zugänglich (statt vieler BGE 143 V 418 E. 7 S. 428). Dieser Beweis ist daher indirekt mittels Indikatoren zu führen. In diesem Zusammenhang hat das Bundesgericht in BGE 141 V 281 in Weiterentwicklung seiner bisherigen Rechtsprechung ein indikatorengeleitetes Beweisverfahren eingeführt, anhand dessen der Beweiswert eines psychiatrischen Gutachtens zu überprüfen ist. Der Beweiswert eines psychiatrischen Gutachtens hängt m.a.W. davon ab, ob dieses die in BGE 141 V 281 aufgeführten Indikatoren hinreichend abhandelt. Damit soll eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens der versicherten Person sichergestellt werden (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 295). Mit Blick auf den hier zu beurteilenden Fall gilt es somit zu prüfen, ob die vom Gutachter attestierte Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 50 % auch nach erfolgter Indikatorenprüfung zu überzeugen vermag. Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren sind folgende (BGE 141 V 281 E. 4.1.3 S. 297 f.): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3): a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1): - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1); - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2); - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3); b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2); c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3); 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4): a) gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1); b) behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2). In der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist im Rahmen des Komplexes «Gesundheitsschädigung» zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Hierzu wird im Gutachten ausgeführt, dass das Beschwerdebild insofern komplex sei, als alle Bereiche des Lebens und sehr viele Bereiche der Gesundheit betroffen seien. Es gebe keinen Anteil der Persönlichkeit mehr, der ohne grosse Beeinträchtigungen funktioniere. Diese Beurteilung entspricht den im Gutachten dargelegten klinischen Befunden, wonach die Beschwerdeführerin in ihrem ganzen Verhalten dumpf, resigniert und desinteressiert wirke, ihr Denken stark auf ihre Defizite eingeengt sei, ihr Antrieb und ihre Psychomotorik deutlich verringert seien und sie sich sozial stark zurückgezogen habe. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang auch das vom Gutachter erstellte Mini-ICF-APP-Rating. Gemäss diesem weist die Beschwerdeführerin hinsichtlich nahezu sämtlicher Fähigkeiten mässig bis erheblich ausgeprägte Beeinträchtigungen auf. Insgesamt ist vorliegend somit von einer mittleren Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde auszugehen. Was den Behandlungs- und Eingliederungserfolg bzw. die Behandlungs- und Eingliederungsresistenz betrifft, so ist dem Gutachten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin in ambulanter Psychotherapie stehe und auch schon stationär betreut worden sei. Diese Bemühungen würden ihre Integrationsfähigkeit in den ersten Arbeitsmarkt jedoch nicht positiv beeinflussen. Insofern sei die Beschwerdeführerin als nicht behandelbar einzuschätzen. Hieran ändere auch eine Optimierung der Dosierung der Medikamente der Beschwerdeführerin nichts. Die Prognose bleibe ungünstige. Somit kann bei der Beschwerdeführerin eine Behandlungsresistenz und infolgedessen auch eine Eingliederungsresistenz festgestellt werden. Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die

versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 S. 430). Die im Gutachten gestellte Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren setzt ein somatisches Leiden voraus. Zwischen den in den verschiedenen Fachbereichen gestellten Diagnosen besteht somit insoweit ein Zusammenhang, als die somatischen Leiden Teil der Ätiologie der chronischen Schmerzstörung bilden. Weitere Komorbiditäten werden im Gutachten keine genannt. Im Rahmen des Komplexes «Persönlichkeit» wird nach der Persönlichkeitsentwicklung, der Persönlichkeitsstruktur und den grundlegenden psychischen Funktionen gefragt, um die persönlichen Ressourcen zu eruieren. Hierzu lässt sich dem Gutachten entnehmen, dass sich während des gesamten Explorationsgesprächs keine Anhaltspunkte für irgendwelche Ressourcen zur Bewältigung der Krankheit gefunden hätten. Selbst kleinste Handreichungen würden die Beschwerdeführerin überfordern. Sie sei der felsenfesten Überzeugung, dass sie auch solche nicht mehr ausführen könne. Diese Überzeugung sei teilweise kulturell bedingt und damit sehr ausgeprägt in ihrem Wesen verwurzelt. Bei der Beschwerdeführerin sind somit keine persönlichen Ressourcen vorhanden. Neben den Komplexen «Gesundheitsschädigung» und «Persönlichkeit» bestimmt auch der Komplex «sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist Zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteilwird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum anderen nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Die Beschwerdeführerin sagte anlässlich ihrer Begutachtung zu ihrem Lebenskontext aus, dass sie mit ihrer Familie aus dem Kosovo in die Schweiz geflüchtet sei. Sie habe in der Schweiz nie arbeiten können. Anfänglich seien die Kinder grosszuziehen gewesen, später habe sie wegen ihrer Beschwerden keine Arbeit gefunden. Sie habe nie Deutsch gelernt und habe nie die Kraft aufgebracht, sich zu assimilieren. Auch mit Albanern habe sie sich nie angefreundet. Alle Aussenkontakte, insbesondere die Erledigung von Formalitäten, habe sie an ihren Mann delegiert. Sie lebten bereits 18 Jahre in derselben Wohnung und trotzdem kenne sie praktisch niemanden in der Umgebung. Ihr Mann habe schwer gearbeitet, sei deshalb abends müde gewesen, und sie habe den Haushalt besorgt, so dass keine Zeit für Freizeitaktivitäten geblieben sei. Mit zunehmenden Beschwerden hätten die Familienmitglieder immer mehr Verantwortung im Haushalt übernommen. Heute würden ihr die Tochter und zwei Schwiegertöchter intensiv bei den alltäglichen Aufgaben helfen. Ihr Mann akzeptiere ihr Leiden, verlange keine Nähe und keine gemeinsamen Aktivitäten, keinen Ausgang und keine Zärtlichkeiten. Sie führe ein sehr einsames Leben. Meistens stehe sie erst auf, wenn alle Angehörigen die Wohnung schon verlassen hätten. Sie bereite

sich kaum ein Frühstück zu, gehe nachher wieder ins Bett. Ihr Mann komme am Mittag selten heim. Wenn er nicht da sei, nehme sie häufig eine Suppe zu sich, die sie nicht einmal aufwärme. Abends würde richtig gegessen, wobei sie sich jedoch weder an den Vorbereitungen noch am Kochen beteiligen könne. Sie sei auch nicht in der Lage den Tisch zu decken oder die Spülmaschine auszuräumen. Sie verlasse die Wohnung praktisch nie alleine. Ausnahmen seien Arzttermine, zu denen sie sich nicht immer durch Angehörige begleiten lassen könne. Namentlich die beiden Schwiegertöchter versuchten sie zu solchen Terminen zu holen und zu bringen. Sie liege praktisch den ganzen Tag herum und die einzigen Aktivitäten konzentrierten sich auf den Abend, wo sie selten etwas in Zeitungen blättere. Sie rauche nicht, trinke nicht und praktiziere auch keine Religion. Bezüglich des sozialen Kontextes gelangt Dr. I. \_\_\_ zum Schluss, dass die Rolle der Versicherten im ganzen sozialen Kontext vollkommen gefestigt sei und nie in Frage gestellt werde. Ressourcen aus dem sozialen Kontext ergeben sich bei der Beschwerdeführerin somit bloss insofern, als innerhalb der Kernfamilie ein grosser Zusammenhalt besteht und die Mitglieder der Kernfamilie anstelle der Beschwerdeführerin Haushaltsaufgaben übernehmen. Gleichzeitig ist jedoch festzuhalten, dass aufgrund der Unterstützung durch die Kernfamilie für die Beschwerdeführerin keine Notwendigkeit besteht, selbst aktiv zu werden. In der Kategorie «Konsistenz» ist zunächst der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zu prüfen. Dieser Indikator zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (bspw. Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Nach den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin – siehe hierzu die obigen Ausführungen zum Komplex «sozialer Kontext» – kann zwar grundsätzlich auf eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus geschlossen werden. Im Gutachten wird jedoch auch auf mehrere Inkonsistenzen hingewiesen. So sehe sich die Beschwerdeführerin nicht in der Lage, den Tisch zu decken, gleichzeitig könne sie aber die Reise nach Bern zu ihrer Psychiaterin alleine bewältigen. Weiter sei es der Beschwerdeführerin unmöglich, die Wohnung zu verlassen, um z.B. in unmittelbarer Nähe kleinere Einkäufe zu tätigen, gleichzeitig sei sie aber fähig – wenn auch in Begleitung –, in den Kosovo zu reisen. Entsprechend gelangt Dr. I. \_\_\_ zu Recht zum Schluss, dass die Handlungsfähigkeit der Beschwerdeführerin kontextabhängig stark variere und gewisse Fähigkeiten nicht immer angewendet würden. Zuletzt ist schliesslich der behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesene Leidensdruck zu untersuchen. Dieser betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Wie oben beim Indikator Behandlungs- und Eingliederungserfolg bzw. Behandlungs- und Eingliederungsresistenz bereits ausgeführt, ist dem Gutachten zu entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin in ambulanter Psychotherapie befinde und auch schon stationär betreut worden sei. Insofern ist von einem mittleren Leidensdruck auszugehen. Insgesamt ergibt sich somit, dass sich das psychiatrische Teilgutachten hinreichend mit den nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung massgebenden Indikatoren auseinandersetzt. Die Einschätzung von Dr. I. \_\_\_, wonach die Beschwerdeführerin keine Lohnarbeit verrichten könne, leuchtet ein. Angesichts dessen, dass dem Unvermögen der Beschwerdeführerin gleichermassen sowohl invaliditätsbedingte als auch invaliditätsfremde Faktoren zugrunde liegen, kann auch die

mit 50 % bezifferte Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin nachvollzogen werden. Es sind keine Gründe ersichtlich, die Zweifel an der Richtigkeit dieser Einschätzung erwecken. Das Gutachten ist konsistent und schlüssig. Zudem ist Dr. I.\_\_\_\_ als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie offensichtlich dazu befähigt, eine Expertise zu stellen.

#### **E. 6.1.4**

Im Hauptgutachten von Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin FMH Allgemeine Innere Medizin, zertifizierte Gutachterin, und Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH Rheumatologie, EMBA, MAS Versicherungsmedizin, vom 15. Januar 2018 werden die Ergebnisse der Teilgutachten und der eigenen internistischen Untersuchung zusammengefasst und interdisziplinär beurteilt. Gestützt auf die in den einzelnen Fachbereichen gestellten Diagnosen gelangen die Gutachter zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sowohl durch die somatischen als auch durch die psychopathologischen Befunde beeinträchtigt werde. Die Beschwerdeführerin werde in ihrer Tätigkeit als Hausfrau vor allem aus psychopathologischen und etwas weniger aus somatischen Gründen nur zu 50 % arbeitsfähig eingeschätzt. Diese Beurteilung habe bereits im Zeitpunkt der Neuanmeldung der Beschwerdeführerin am 23. Januar 2017 im gleichen Ausmass wie heute ihre Gültigkeit gehabt. Dass medizinische Massnahmen die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin verbessern könnten, sei unwahrscheinlich. Dennoch werde die Fortsetzung der psychotherapeutischen Behandlung und die optimale medikamentöse Einstellung des Morbus Crohn empfohlen. Das Hauptgutachten fasst die Ergebnisse der Teilgutachten und der eigenen internistischen Untersuchung konsistent und schlüssig zusammen. Die sich aus der Gesamtbetrachtung ergebenden Schlussfolgerungen werden von den Gutachtern hinreichend begründet und vermögen entsprechend auch zu überzeugen. Der RAD hält in seiner Stellungnahme vom 9. März 2018 ebenfalls fest (IV-Nr. 62), dass sich die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 50 % anhand des Beschwerdebildes versicherungsmedizinisch nachvollziehen lasse.

#### **E. 6.2**

Das von der C.\_\_\_\_ erstellte polydisziplinäre Verlaufsgutachten besteht aus dem Hauptgutachten vom 19. März 2021 (IV-Nr. 113.1), dem endokrinologischen Teilgutachten vom 8. Februar 2021 (IV-Nr. 113.2), dem rheumatologischen Teilgutachten vom 13. Januar 2021 (IV-Nr. 113.3), dem psychiatrischen Teilgutachten vom 19. Januar 2021 (IV-Nr. 113.4), dem pneumologischen Teilgutachten vom 15. Januar 2021 (IV-Nr.113.5), dem kardiologischen Teilgutachten vom 25. Januar 2021 (IV-Nr. 113.6) sowie dem Laborbericht von F.\_\_\_\_ vom 27. Januar 2021 (IV-Nr. 113.7).

##### **E. 6.2.1**

Im endokrinologischen Teilgutachten von Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt FMH Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie, Gutachter, vom 8. Februar 2021 werden folgende Diagnosen gestellt: mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: keine; ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. morbide Adipositas (161 cm/117.6 kg, BMI 45.4, multifaktoriell bedingt bei - Heredität mütterlicherseits; - körperlicher Inaktivität; - erhöhtem Appetit und erhöhter Fetteinlagerung durch die Glucocorticoid-Therapie des Morbus Crohn; 2. sekundäre Atrophie der Zona fasciculata beider Nebennierenrinden bei - Anosognosie; - Absenz eines Notfallblattes zur Vermeidung einer lebensbedrohlichen Hypocortisolismus (Addison)-Krise; - > 20-jähriger Glucocorticoid-Therapie (Prednisolon und Entocort) wegen Morbus Crohn; - Osteopenie, wahrscheinlich Glucocorticoid-Therapie mitbedingt,

bei - 2013 Radiusköpfchenfraktur rechts, Osteodensitometrie normal; - 2018 Metatarsale V-Basisfraktur rechts, Osteodensitometrie mit Osteopenie; 3. Cataracta incipiens beider Augen, bei - langjähriger Glucocorticoid-Therapie. Die Diagnosen werden im Gutachten von Dr. L. \_\_\_ auf schlüssige Weise erläutert. Zur morbidem Adipositas führt Dr. L. \_\_\_ aus, dass diese weder zu einem «aktiven» unbehandelten Morbus Crohn noch zu einer unbehandelten Nebennierenrinden-Zona fasciculata-Insuffizienz passe. Das markante Übergewicht der Beschwerdeführerin sei gynäkoid-betont, so dass retrospektiv vermutet werden könne, dass es nicht in erster Linie auf eine während längerer Zeit überdosierten Corticosteroidtherapie zurückzuführen sei, sondern teils hereditär (mütterlicherseits) und teils durch ausgeprägte körperliche Inaktivität mitbedingt sei. Weiter habe sich aufgrund der Abwesenheit von Hyperpigmentation an den Scheuerstellen (dorsale Fingergelenke, Ellbogen, Büstenhalterträger, Hosengürtel, Druckstellen in den Schuhen, palmare Handlinien) und besonders auch an den Operationsnarben jüngeren Datums die früher vermutete Diagnose einer sekundären Nebennierenrindeninsuffizienz erhärtet. Hierfür spreche auch der trotz Einnahme von zwei Antihypertensiva marginal erhöhte Blutdruck von 145/90 mmHG. Zum Augenbefund mit beginnenden Cataractae hält Dr. L. \_\_\_ fest, dass ein solcher unter langjähriger Corticoidtherapie gehäuft vorkomme. Die normale Gesichtsfeldprüfung mache einen Druck auf das Chiasma opticum z.B. durch einen Hypophysentumor unwahrscheinlich. Die Muskeleigenreflexe ohne verlängerte Relaxationsdauer der implizierten Muskulatur ergäben keine Anhaltspunkte für eine Hypothyreose. Die Muskelkraft sei bei suboptimalem Mitmachen der Beschwerdeführerin schwer einzuschätzen. Ein Verdacht auf ein durch die beiden Amerikanerstöcke symbolisiertes appellatives, ungerechtfertigtes «Invalidengehaben» sei nicht sicher auszuschliessen. Im klinischen Gesamteindruck ergebe sich bei der Beschwerdeführerin eine leichte bis mässige körperliche Behinderung durch die Adipositas permagna unter der aktuellen Corticoid-Therapie ohne Anhaltspunkte weder für Hyper- noch für Hypocortisolismus. Die funktionellen Auswirkungen der Befunde und Diagnosen sind dem Gutachten von Dr. L. \_\_\_ zufolge gering, sofern die angeordneten Behandlungen und Vorsichtsmassnahmen eingehalten und von Ehemann, Spitex, Hausärztin und Psychiaterin kontrolliert werden. Unzumutbar seien medizinisch-theoretisch lediglich körperliche Schwerarbeiten. Aus rein endokrinologischer Sicht werde die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einem 2-Personen-Haushalt auf 80 % geschätzt, die restlichen 20 % betreffen körperliche Schwerarbeiten. Das endokrinologische Teilgutachten von Dr. L. \_\_\_ vermag aufgrund der sorgfältigen Auseinandersetzung mit den Vorakten und der einlässlichen eigenen Befunderhebung ohne Weiteres zu überzeugen. Die bei der Untersuchung der Beschwerdeführerin erhobenen Befunde werden im Gutachten nicht bloss einzeln aufgeführt, sondern in Beziehung zueinander gesetzt. Der sich hieraus ergebende klinische Gesamteindruck und die Schlussfolgerungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sind entsprechend augenfällig und stringent. Schliesslich kann festgestellt werden, dass bei Dr. L. \_\_\_ als Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie sowie Diabetologie die erforderliche Expertise für ein endokrinologisches Gutachten zweifellos vorhanden ist.

### **E. 6.2.2**

Im rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. G. \_\_\_, Facharzt FMH Rheumatologie, zertifizierter Gutachter SIM, vom 3. Februar 2021 werden folgende Diagnosen gestellt: mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. chronisches lumbospondylogenes Syndrom mit/bei - Fehlstatik mit fixierter lumbaler Hyperlordose, hochthorakal leichter Hyperkyphose,

schwerer Haltungsinsuffizienz mit muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung sowie Adipositas-bedingter Dauerüberlastung; - polysegmentalen degenerativen Veränderungen L3 bis S1; - osteodiskoligamentär bedingte relative Spinalkanalstenose L3/4, absolute Spinalkanalstenose L4/5 und Foraminalstenose L5 beidseits links betont; - degenerativ bedingte segmentale Gefügelockerung mit Retroposition L3 gegenüber L4; - Status nach Diskushernienoperation L5/S1 rechts 08/2002; 2. chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom myofaszialer Ausprägung; - Segmentdegeneration C4 bis C7; 3. Glukokortikoid-induzierte Osteoporose, möglicherweise im Frakturstadium; - Status nach distaler Radiusfraktur rechts 15.10.2013 und Status nach undislozierter Metatarsale V-Basisfraktur rechts 04.12.2018; - DXA 11.01.2019: T-Score LWS – 1.8 SD, T-Score Gesamthüfte – 0.5 SD, T-Score Schenkelhals – 0.1 SD mit Progredienz gegenüber Voruntersuchung 2013 und berechnetem absolutem 10-Jahres-Frakturrisiko von 23 %; - antiresorptive Bisphosphonat-Behandlung ab 01/2019; 4. mediale Gonarthrose beidseits rechtsbetont und Femoropatellararthrose rechts; - Status nach anamnestischer, sturzbedingter Kontusion 2020; 5. wahrscheinliches, chronisches, autoinflammatorisches Syndrom unklarer Ätiologie; - DD Morbus Crohn (ED 08/1999) mit Befall der Ileozökalkregion; - Status nach Stenosendilatation oberhalb der Ileozökalklappe 01/2002; - Polyserositis 01/2011; - rezidivierende lobäre Panniculitis, DD Erythema induratum (Morbus Bazin), Erythema nodosum (ES zirka 2010, ED 01/2016); - aktuell systemische Dauer-Glukokortikoidtherapie in Kombination mit Azathioprin seit 04/2017; - Status nach Therapie mit Colchicin, Methotrexat 10/2003 bis 01/2004, Leflunomid 03/2007 bis 06/2009 sowie 03/2011 bis 10/2011, Infliximab 05/2009 bis 12/2009, Azathioprin 10/2011 bis 01/2013, Tocilizumab 08/2013 bis 11/2016, Tofacitinib 12/2016 bis 04/2017 und Certolizumab Pegol 04/2017 bis 06/2018 (jeweils Abbruch wegen Ineffizienz); 6. morbide Adipositas Grad III (BMI 45.14 kg/m<sup>2</sup>); ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. chronifiziertes, fibromyalgiformes Ganzkörperschmerzsyndrom ohne adäquates organisches Korrelat am Bewegungsapparat 2. WPI-Kriterien für chronische Schmerzen erfüllt (19/19 Schmerzzonen und Symptom Severity Score von 12) 3. Status nach Metatarsale V-Basisfraktur rechts mit Ausriss des Ligamentum calcaneocuboidale nach Supinationstrauma am 04.12.2018 4. Knicksenksprefuß beidseits Die Diagnosen von Dr. G.\_\_\_\_ werden im Gutachten einlässlich begründet. So lasse die aktuelle eingehende Untersuchung der Beschwerdeführerin hauptbefundlich wiederum eine generalisierte Berührungs- und Druckschmerzhaftigkeit vom Scheitel bis zu den Sohlen erkennen, mit 18 / 18 positiven Tenderpoints, einer diffusen, allodyn anmutenden Berührungs- und Druckdolenz auf der gesamten linken Körperseite und mit gleichzeitiger Angabe einer diffusen Hypästhesie auf der ganzen rechten Körperseite. Unverändert weise die morbid adipöse Beschwerdeführerin mit einem progredienten, aktuellen Körpermassenindex von 45.14 kg/m<sup>2</sup> eine erhebliche Wirbelsäulenfehlform mit fixierter lumbaler Hyperlordose, hochthorakal leichtgradiger Hyperkyphose und ausgeprägter Haltungsinsuffizienz mit Kopfpropulsion, Schulterprotraktion sowie muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung auf. In der gezielten Untersuchungssituation habe die Beschwerdeführerin eine deutlich eingeschränkte Funktion des Achsenorgans und der stammnahen Gelenke an den oberen und unteren Extremitäten präsentiert. Diskrepant dazu habe sie sich jedoch ausserhalb der gezielten Untersuchungssituation, so beim Ent- und Ankleiden, unbehindert sowohl hinsichtlich des Achsenorgans als auch der erwähnten stammnahen Gelenke an den oberen und unteren Extremitäten bewegen können und es sei keine offensichtliche Behinderung dabei zu beobachten gewesen. Sichere klinische Hinweise für eine radikuläre Reiz-

und/oder sensomotorische Ausfallsymptomatik hätten weder auf zervikalem noch auf lumbalem Niveau festgestellt werden können. Im peripheren Gelenkstatus hätten sich keine Arthritis-typischen Befunde im Sinne einer Schwellung, Überwärmung, Rötung bzw. einer relevanten Funktionseinschränkung gefunden. Die bei unauffälliger Handfunktion gezeigte, deutlich verminderte Kraft des Faustschlusses wie auch der Greifqualität und der Fingerspreizung beidseits interpretiert Dr. G. \_\_\_ nachvollziehbar als schmerzbedingte Selbstlimitierung, zumal seitengleich eine unauffällige muskuläre Trophik der intrinsischen und extrinsischen Unterarm- bzw. Handmuskulatur vorgelegen habe. Im Bereich der unteren Extremitäten habe die Beschwerdeführerin bei morbider Adipositas Genua valga und Knick-Senk-Spreizfüsse und einen ausgeprägt myofaszialen Reizzustand in der gesamten Lendenwirbelsäulen-, Becken- und Hüftregion wie auch periartikulär im Bereich der Knie- und Sprunggelenke sowie Füße, auch hier ohne klinische Zeichen für eine Arthritis, gezeigt. Im Bereich der Kniegelenke habe eine femoropatelläre Reizsymptomatik beidseits rechtsbetont festgestellt werden können. Laborchemisch weise die Beschwerdeführerin unverändert erhöhte humorale Entzündungsparameter auf, zeige ein unauffälliges Hämatogramm, im Serum eine diskrete Hyperurikämie und im Stuhluntersuch ein erhöhtes Calprotectin. Die Durchsicht der auswertigen bildgebenden Untersuchungen zeige progredient verlaufende, degenerative Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule die Segmente L3 bis S1 betreffend mit osteodiskoligamentär fortschreitender Spinalkanalstenose L4/L5 und Foraminaleinengung L5 beidseits linksbetont, wobei keine eindeutigen neurologischen Ausfälle im Status festzustellen gewesen seien. Die Röntgenaufnahmen des rechten Kniegelenkes vom 23. Juni 2020 hätten eine leichte Gelenkspaltverschmälerung femorotibial medial, eine osteophytäre Reaktion im Bereich der Eminentia intercondylaris sowie einen deutlich verschmälerten femoropatellären Gelenkspalt mit subchondraler Sklerosierung und osteophytärer Reaktion am Patellaoberpol entsprechend einer inzipienten medialen Gonarthrose rechts und einer deutlichen Femoropatellararthrose rechts gezeigt. Letztere sei wohl beim anamnestisch erwähnten Sturz mit danach vermehrten anterioren Knieschmerzen traumatisiert worden. Zeichen einer Arthroseaktivierung hätten sich klinisch jedoch nicht gefunden. Die radiologische Verlaufskontrolle des rechten Fusses am 15.10.2020 zeige die Metatarsale V-Basisfraktur durchgebaut und abgeheilt. Bei klinisch ebenfalls seitengleichen Befunden im Bereich der Mittel-Norfüsse könne von rheumatologischer Seite her der von der Beschwerdeführerin als anhaltend beschriebene Fusschmerz rechts nicht einem definierten, organisch-strukturellen Korrelat zugewiesen werden. Das wahrscheinliche, chronische autoinflammatorische Syndrom unklarer Ätiologie scheine aufgrund der Akten und Angaben der Beschwerdeführerin unter der gegenwärtigen Behandlung mit systemischer Dauer-Glukokortikoid-Therapie in Kombination mit Azathioprin gut kontrolliert. Fieberschübe seien seither keine mehr aufgetreten. Bei erhöhtem Calprotectin im Stuhluntersuch sowie anhaltend erhöhten humoralen Entzündungsparameter erscheine eine enterale Entzündungsaktivität seitens des Morbus Crohn im Bereich des Möglichen zu liegen. Von Seiten des Bewegungsapparates her hätten sich diesbezüglich keine extraintestinalen Befunde im Sinne von Arthritiden, Synovitiden, Enthesitiden oder einer Spondyloarthritis feststellen lassen. Nicht unerwähnt bleiben darf laut Dr. G. \_\_\_ – wie bereits anlässlich der ersten Begutachtung festgestellt – das dysfunktional und grotesk anmutende Schmerzverhalten der Beschwerdeführerin. Auch anlässlich dieser Untersuchung hätten erhebliche Diskrepanzen zwischen den in der gezielten Untersuchungssituation gezeigten Funktionseinschränkungen und Behinderungen zum

Verhalten ausserhalb der gezielten Untersuchungssituation bestanden. So habe die Versicherte beim Ent- und Ankleiden das Achsenorgan sowie die stammnahen peripheren Gelenke weit besser beweglich gezeigt entsprechend einer höchstens leichten Funktionseinschränkung. Das diffuse, chronifizierte, ausgeprägte fibromyalgiforme Ganzkörperschmerzsyndrom lasse nach wie vor von rheumatologischer Seite her kein adäquates organisches Korrelat erkennen. Die im Gutachten von Dr. G.\_\_\_\_ getroffene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin leuchtet angesichts der von ihm erhobenen Befunde durchaus ein. Von rheumatologischer Seite her seien der Beschwerdeführerin körperliche Schwerarbeiten im Haushalt wie insbesondere längerdauernde, den Nacken, die Lendenwirbelsäule und die Kniegelenke belastende Arbeiten nicht zumutbar. Einschränkend wirke sich zudem die morbide Adipositas und die Allgemeinsymptome Fatigue und Adynamie bei ständig humoral erhöhten Entzündungsparametern und erhöhtem Calprotectin in der Stuhluntersuchung aus. Grob geschätzt könne der Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht über den Tag verteilt ein Pensum von sechs Stunden im Haushalt zugemutet werden. Aufgrund des schmerzbedingt langsameren Arbeitstempos, des Bedarfs an vermehrten Pausen und insbesondere aufgrund der eingeschränkten Beweglichkeit durch die Adipositas sei die Leistungsfähigkeit zudem um rund 25 % reduziert. Bezogen auf ein Vollzeitpensum und ausgehend von einem Arbeitstag von 8.2 Stunden betrage die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin somit ca. 55 %. Wie bereits das Erstgutachten – siehe oben Ziff. 3.1.1 – vermag auch das Verlaufsgutachten von Dr. G.\_\_\_\_ vollumfänglich zu überzeugen. Die Krankengeschichte der Beschwerdeführerin seit dem Erstgutachten wird im Verlaufsgutachten anschaulich und nachvollziehbar dargestellt. Dr. G.\_\_\_\_ stützt sich dabei nicht bloss auf die aktualisierte Aktenlage, sondern auch auf die nochmalige einlässliche eigene Untersuchung der Beschwerdeführerin. Die Schlussfolgerungen des Erstgutachtens werden durch die neuerliche Befunderhebung bestätigt und präzisiert. Demgemäss weist die rheumatologische Begutachtung der Beschwerdeführerin durch Dr. G.\_\_\_\_ eine hohe Konsistenz und Schlüssigkeit auf.

### **E. 6.2.3**

Im pneumologischen Teilgutachten von Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt FMH Pneumologie, Innere Medizin und Sportmedizin SGSM, Medical Examiner of Divers (SUHMS), vom 19. Januar 2021 werden folgende Diagnosen gestellt: mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. obstruktive Schlafapnoe in der Polygraphie formal leichten Grades; - AHI 4,5/h, ODI 11/h; - wahrscheinlich ohne klinische Relevanz; - multifaktorielle Müdigkeit und Mattigkeit im Rahmen der Polymorbidität; 2. restriktive Ventilationsstörung leichten Grades bei Adipositas (BMI 45); 3. peripher obstruktive Ventilationsstörung möglich mit leicht erhöhtem FeNO; - DD unspezifisch, latentes Asthma; ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit; 4. Z.n. generalisierter Lymphknotentuberkulose; - Z. n. mehreren Isoniazid-Therapien bei positivem T-Spot-Tb-Test 04/17; - CT-Thorax/Abdomen/Becken vom 10.07.2018 mit thorakal bekannten Lymphknoten mit Verkalkungen, grössenprogrediente Lymphknoten retroperitoneal und entlang der grossen Gefässe im kleinen Becken; - Lymphknotenbiopsie inguinal rechts am 14.09.2018 mit Wachstum von Mycobacterium tuberculosis, empfindlich auf alle Standardmedikamente; - tuberkulostatische Therapie mit Rifinah und Myambutol vom 18.9. – 22.11.2018; - Rifinah 22.11.18 – 09.07.2019 > Abschluss als geheilt; 5. Übrige Diagnosen siehe Hauptgutachten. Im Rahmen der Diagnoseherleitung weist Dr. M.\_\_\_\_ zunächst auf eine adäquat tuberkulostatisch behandelte, generalisierte Lymphknotentuberkulose hin, deren

Behandlung am 9. Juli 2019 abgeschlossen worden sei und bei der bisher klinisch und in der Computertomographie des Thorax-Abdomen-Becken-Bereichs vom 12. Mai 2020 kein Hinweis für ein Rezidiv vorhanden sei. Ferner finde sich eine Anstrengungsdyspnoe im MMRC II/ beim Geradeausgehen und Bergaufgehen, die aus pneumologischer Sicht nicht durch die formal leichte restriktive Ventilationsstörung erklärt sei, sondern vielmehr wohl nur schon durch Übergewicht und Trainingsmangel bedingt sei, und bei der die übrigen Erkrankungen, insbesondere die hypertensive Kardiopathie, noch eine Rolle spielen dürften. Die in der Lungenfunktion vorhandene peripher obstruktive Ventilationsstörung in Kombination mit einem leicht erhöhten FeNO von 30 ppb würde auch zu einem Asthma bronchiale passen, allerdings finde sich bei der Beschwerdeführerin als Nichtraucherin keine Reversibilität auf Ventolin und auch keine asthmatypische Anamnese, so dass dies im Moment als nicht klinisch relevant erachtet werde. Die leichte Gasaustauschstörung, wenn für das ventilierte Alveolarvolumen korrigiert, erkläre sich durch die gemäss Computertomographie vom 12. Mai 2020 vorhandenen Teilatelektasen im Oberlappen rechts und in der Lingulaspitze. Es bleibe allerdings noch die kardiologische Beurteilung abzuwarten, insbesondere gelte es eine relevante Herzinsuffizienz und eine pulmonale Hypertonie auszuschliessen, die auch eine Diffusionsstörung verursachen könnten. Schliesslich sei bei anamnestisch erhobener Müdigkeit, Mattigkeit, rascher Erschöpfbarkeit und Schnarchen polygraphisch nur der Grenzbefund zu einer leichten obstruktiven Schlafapnoe zu finden, welche die Beschwerden nicht erkläre. Es finde sich auch pulsoximetrisch gemessen am Tag keine Hypoxämie (SpO<sub>2</sub> 98 %), so dass nicht davon auszugehen sei, dass am Tag eine Hyperkapnie bestehe. Eine ABGA sei schmerzbedingt nicht gelungen. Auch die nächtliche Polygraphie zeige nur eine leicht verminderte basale Sättigung von 91 % und keine typischen Veränderungen in der Sauerstoffsättigungskurve wie bei Adiposithypoventilation. Aus pneumologischer Sicht bestehe eine mögliche ventilatorische Limitierung bei grossen körperlichen Belastungen durch die restriktive Ventilationsstörung (im Rahmen der Adipositas) und auch der möglichen asthmatischen Komponente, wobei diese, falls sie klinisch im Verlauf relevant werden dürfte, auch therapeutisch angegangen werden könnte. Falls die körperliche Belastbarkeit und die limitierenden Faktoren genau beurteilt werden und eine Gasaustauschstörung bei grosser Belastung ausgeschlossen werden sollten, müsste eine Ergospirometrie erfolgen, wobei es sehr fraglich erscheine, ob die Patientin angesichts ihrer Komorbiditäten genügend belastbar und ausbelastbar wäre. Was die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einem zwei-, evtl. auch dreiköpfigen Haushalt betreffe, so hält Dr. M.\_\_\_\_ auf schlüssige Weise fest, dass aus pneumologischer Sicht keine relevante Einschränkung bestehe. Das nicht ganz ausschliessbare leichte Asthma könnte zwar mit einem ICS/LABA-Kombipräparat über sechs bis acht Wochen versuchsweise behandelt werden. Hierdurch sei jedoch aufgrund der im Vordergrund stehenden Limitierungen durch die übrigen Erkrankungen der Beschwerdeführerin (Adipositas, chronisches autoinflammatorisches Syndrom, rezidivierende depressive Störung, DD posttraumatische Belastungsstörungen, hypertensive Kardiopathie, generalisiertes fibromyalgisches Schmerzsyndrom) keine relevante Veränderung der Belastbarkeit und der Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Dem Gutachten von Dr. M.\_\_\_\_ liegen die von der Beschwerdegegnerin zur Verfügung gestellten Vorakten, die zusätzlich erhältlich gemachte Computertomographie des Thorax-Abdomen-Becken-Bereichs des N.\_\_\_\_ vom 12. Mai 2020 und die einlässliche eigene Untersuchung der Beschwerdeführerin zugrunde. Die im Gutachten aufgezeigten medizinischen Zusammenhänge werden entsprechend fundiert begründet. Die

Schlussfolgerungen von Dr. M.\_\_\_\_ sind widerspruchsfrei und nachvollziehbar. Als Facharzt für Pneumologie, Innere Medizin sowie Sportmedizin kommt Dr. M.\_\_\_\_ zudem zweifellos die erforderliche Expertise zu. Es ist nicht ersichtlich, inwiefern das Gutachten beanstandet werden könnte.

#### **E. 6.2.4**

Im kardiologischen Teilgutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt FMH Kardiologie, vom 25. Januar 2021 werden folgende Diagnosen gestellt: mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: hypertensive Herzerkrankung; - Koronarsklerose ohne relevante Stenose (Koronarangiographie 09/2012); - keine Narbe, keine Ischämie (Stress-Herz-MRI 10/2016); - exzentrisch hypertropher linker Ventrikel, LVEF 55 %, funktionell unauffälliger Klappenapparat; - kompletter Linksschenkelblock; ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: keine. Dr. O.\_\_\_\_ führt zu seiner Diagnose im Gutachten aus, dass bei der Beschwerdeführerin eine hypertensive Herzerkrankung bekannt sei. In den repetitiven Echokardiographien habe dementsprechend eine linksventrikuläre Hypertrophie nachgewiesen werden können. Die linksventrikuläre systolische Funktion sei jeweils normal gewesen. Dies habe sich auch in den aktuellen Befunden bestätigt. Im Rahmen dieser kardialen Erkrankung falle im Ruhe-EKG unter dem Betablocker eine AV-Überleitungsstörung auf (Linksschenkelblock und AV-Block I). Bisher seien nie höhergradige AV-Blockaden beschrieben worden. Der Blutdruck scheine unter der aktuellen Therapie gut eingestellt zu sein. Eine relevante koronare Herzerkrankung sei 09/2012 invasiv ausgeschlossen worden. Passend dazu habe im Stress-Herz-MRI 10/2016 weiterhin keine Ischämie oder Narbe nachgewiesen werden können. Auch wenn die Aussage der Ergometrie in Bezug auf die aktuelle koronare Situation sicher eingeschränkt sensitiv sei, so gehe Dr. O.\_\_\_\_ in der Zusammenschau der Befunde weiterhin nicht von einer relevanten koronaren Herzerkrankung aus. Zumindest scheine die Beschwerdeführerin nicht aus kardialen Gründen in der Leistung eingeschränkt zu sein. Was die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin betrifft, so hält Dr. O.\_\_\_\_ in seinem Gutachten fest, dass die Beschwerdeführerin aus kardialer Sicht zu 100 % als Hausfrau arbeitsfähig sei. In einer angepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin aus kardialer Sicht ebenfalls zu 100 % arbeitsfähig. Das Gutachten von Dr. O.\_\_\_\_ ist konsistent und schlüssig. Nachdem im Rahmen der eingehenden Befunderhebung durch Dr. O.\_\_\_\_ keine relevante koronare Herzerkrankung festgestellt werden konnte, leuchtet die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus kardialer Sicht ohne Weiteres ein. Dr. O.\_\_\_\_ ist als Facharzt FMH für Kardiologie zweifellos befähigt, eine Expertise zu erstellen. Das Gutachten erfüllt somit sämtliche Anforderungen, die seitens der Rechtsprechung an ein medizinisches Gutachten gestellt werden.

#### **E. 6.2.5.1**

Im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, zertifizierter Gutachter SIM, vom 19. Januar 2021 werden die im Erstgutachten vom 29. September 2019 gestellten Diagnosen – chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD F. 45.41) sowie Verbitterungssyndrom (ohne ICD-Nummer) – bestätigt. Die Diagnosekriterien seien damals wie heute – d.h. sowohl bei der Erst- als auch bei der Verlaufsbeurteilung – erfüllt. Die Schmerzen der Beschwerdeführerin bestünden nicht nur mehr als die geforderten sechs Monate, sondern deutlich mehr als drei Jahre. Sie bezögen sich auf mehrere anatomische Regionen und somatische Teilursachen seien schon aufgrund der Aktenlage anzunehmen. Die

körperlichen Aspekte alleine erklärten das generelle Leistungsdefizit allerdings nicht, das auch die seelischen Dimensionen in einem grossen Umfang miterfasse. Es liege keine Simulation vor und es hätten sich in dem Sinne auch keine Inkonsistenzen ergeben, dass die Beschwerdeführerin in Teilbereichen noch ein höheres Aktivitätsniveau zeigen würde. Hinweise auf Diagnosen wie zum Beispiel eine Angststörung oder eine psychotische Störung konnten keine gefunden werden. Auch hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ergeben sich im Verlaufsgutachten von Dr. I.\_\_\_\_ im Vergleich zum Erstgutachten keine Änderungen. Ein Einstieg der Beschwerdeführerin ins Erwerbsleben falle ausser Betracht. Angesichts der psychosozialen Gesamtsituation unter Einbezug der Biografie seien die Ressourcen zum Berufseinstieg nicht mehr vorhanden. Die vollständige Unfähigkeit der Beschwerdeführerin, sich im ersten Arbeitsmarkt zu bewähren, sei zurückzuführen auf soziokulturelle Aspekte und auf Krankheitsaspekte im engeren Sinne mit geschätzt je etwa hälftigen Anteilen. Die Beschwerdeführerin sei selbst bei der Führung des einfachen Zweipersonenhaushalts in einer kleinen 3,5-Zimmer-Wohnung auf die dauernde und intensive Mitwirkung weitere Familienangehöriger und insbesondere des Ehemannes angewiesen ist. Ihr Funktionsniveau sei so tief, dass sie selbst elementare Abläufe wie die Zubereitung von Hauptmahlzeiten für zwei Personen nicht mehr leisten könne.

#### **E. 6.2.5.2**

Wie unter Ziff. 3.1.3.2 oben bereits ausgeführt, sind psychiatrische Gutachten anhand eines indikatorengeleiteten Beweisverfahrens auf ihre Beweiswertigkeit hin zu überprüfen. Dies gilt selbstverständlich auch für allfällige Verlaufsgutachten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_765/2019 E. 4). Die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde bei der Beschwerdeführerin wird im Verlaufsgutachten ähnlich beschrieben wie im Erstgutachten. Die ganze Persönlichkeit sei träge und auf ein Kümmerdasein reduziert. Das Funktionsniveau im konkreten Alltag als Hausfrau und Mutter sei schon bei der Erstbegutachtung minimal gewesen. Im Mini-ICF-APP-Rating habe die Beschwerdeführerin aktuell 33 Punkte erreicht, wobei dieser Wert wesentlich durch ihre Selbsteinschätzung mitbestimmt werde. Im Rahmen des Erstgutachtens seien es 26 Punkte gewesen, was eine wesentliche Verschlechterung bedeute. Wie beim Erstgutachten ist vorliegend somit von einer mittleren Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde auszugehen. Bezüglich Behandlungs- und Eingliederungserfolg bzw. Behandlungs- und Eingliederungsresistenz wird im Gutachten festgehalten, dass die Beschwerdeführerin im gesamten Beobachtungszeitraum der letzten drei Jahre eine ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen habe. Es erstaune jedoch nicht, dass dabei keine Ergebnisse im Sinne einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit oder eine Förderung der Lebensqualität habe erreicht werden können. In aller Regel seien Therapieverläufe bei vergleichbaren Patienten frustrierend und auch der Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik könnte daran nichts ändern. Somit kann bei der Beschwerdeführerin wie beim Erstgutachten eine Behandlungsresistenz und infolgedessen auch eine Eingliederungsresistenz festgestellt werden. Bis auf den Umstand, dass die somatischen Leiden Teil der Ätiologie der im Verlaufsgutachten bestätigten chronischen Schmerzstörung bilden, werden im Verlaufsgutachten keine Komorbiditäten genannt. Hinsichtlich persönlicher Ressourcen habe die Beschwerdeführerin laut Verlaufsgutachten keine Anregungen, kein Entwicklungspotenzial darlegen können. Das formale Denken der Beschwerdeführerin sei stark beeinträchtigt, defizitorientiert, verlangsamt, eingeengt auf ihr schweres Schicksal. Sie habe ausgeprägte Befürchtungen in Bezug auf die weitere Entwicklung geäussert, schliesse eine Besserung der Beschwerden

aus und wünsche sich, bald sterben zu können. Im Bereich der Affektivität sei die Beschwerdeführerin ganz ausgeprägt herabgestimmt, leidend, hoffnungslos gewesen und habe deutliche Insuffizienzgefühle, ein Leiden unter den Leistungsdefiziten im konkreten Alltag gezeigt. Persönliche Ressourcen sind bei der Beschwerdeführerin nicht vorhanden. Zum sozialen Kontext führt das Verlaufsgutachten aus, dass sich die ganze psychosoziale Situation, die Lebenssituation der Beschwerdeführerin in den zu erwartenden Bahnen entwickelt habe. Nachdem die jüngste Tochter ihre Ausbildung abgeschlossen habe und ausgezogen sei, lebe das Ehepaar heute alleine. Zu allen vier Kindern und auch zu den Grosskindern bestünden gute Kontakte. Ausserhalb dieser Kernfamilie sei die Beschwerdeführerin aber weitestgehend isoliert. Die Beschwerdeführerin habe – wie bei der Erstbegutachtung bereits festgestellt – in ihrem Lebensalltag keine Verantwortung mehr übernehmen können. Die notwendigen Transportdienste würden durch Familienangehörige bewerkstelligt und auch die Haushaltsführung sei den Angehörigen übertragen worden. Ressourcen aus dem sozialen Kontext ergeben sich somit wie schon bei der Erstbegutachtung bloss insofern, als die Mitglieder der Kernfamilie anstelle der Beschwerdeführerin Haushaltsaufgaben übernehmen, wobei wiederum festzuhalten ist, dass für die Beschwerdeführerin hierdurch keine Notwendigkeit besteht, selbst aktiv zu werden. Inkonsistenzen hätten sich im Rahmen der Begutachtung keine ergeben. Die Diskrepanz zwischen den Beschwerden und den somatischen Befunden entstünden durch den psychiatrischen Krankheitsprozess der Beschwerdeführerin. Zum Indikator der gleichmässigen Einschränkungen des Aktivitätenniveaus kann dem Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ entnommen werden, dass keine Simulation vorliege und sich in dem Sinne auch keine Inkonsistenzen ergeben hätten, dass die Beschwerdeführerin in Teilbereichen noch ein höheres Aktivitätsniveau zeige. Eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus ist somit zu bejahen. Schliesslich wird bezüglich des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks im Gutachten festgehalten, dass sich die Beschwerdeführerin während des gesamten Beobachtungszeitraums von der Erst- bis zur Zweitbegutachtung in ambulanter Psychotherapie und sich auch sonst wegen ihrer Schmerzen in häufiger ärztlicher Behandlung befunden habe. Insofern ist wie im Erstgutachten von einem mittleren Leidensdruck auszugehen. Wie bereits das Erstgutachten setzt sich auch das Verlaufsgutachten hinreichend mit den nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung massgebenden Indikatoren auseinander. Die im Rahmen des Verlaufsgutachtens festgestellten Befunde entsprechen der nach dem Erstgutachten zu erwartenden Entwicklung und sind entsprechend konsistent. Dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Verlaufsgutachten unverändert geblieben ist, ist angesichts der unveränderten Befunde evident. Das Verlaufsgutachten ist wie schon das Erstgutachten schlüssig und nachvollziehbar.

#### **E. 6.2.6**

Im von Dr. L.\_\_\_\_ verfassten und von Dr. G.\_\_\_\_, Dr. I.\_\_\_\_, Dr. M.\_\_\_\_ und Dr. O.\_\_\_\_ mitunterzeichneten Hauptgutachten vom 19. März 2021 werden die Ergebnisse der Teilgutachten und der gleichzeitig mit der endokrinologischen Untersuchung von Dr. L.\_\_\_\_ durchgeführten internistischen Untersuchung zusammengefasst und interdisziplinär beurteilt. Als relevante Diagnosen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin werden im Hauptgutachten folgende aufgezählt: 1. chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren, chronisches «Verbitterungssyndrom», unverändert seit dem ersten Gutachten 2017/2018; 2. unstete Ileocolitis Crohn, Erstdiagnose 1999, aktuell mässig aktiv unter Spiricort®, Entocort® und

Innerek®; 3. morbid Adipositas 161 cm/117.6 kg, Body Mass Index 45.4 kg, multifaktorieller Ätiologie; 4. sekundäre Nebennierenrinden (Zona fasciculata)-Insuffizienz bei chronischer Glukokortikoid-Therapie Zu den funktionellen Auswirkungen dieser Diagnosen wird im Gutachten ausgeführt, dass auf der psychischen Ebene die somatoforme Schmerzstörung, die chronische Müdigkeit, der völlige Antriebsverlust mit Passivität, Selbstunsicherheit und ausgeprägtem Rückzugsverhalten hindernd wirkten, während sich somatisch, je nach dessen «Aktivität», der Morbus Crohn, die morbid Adipositas, die Minderbelastbarkeit der Wirbelsäule, besonders ausserhalb der Körperachse, sowie bezüglich der Knie ständiges Stehen und Gehen und häufigeres Knien und Kauern berufstätigkeitsreduzierend auswirkten. Ein beruflicher Einstieg sei besonders aus psychiatrischer Sicht gänzlich undenkbar, während eine Teiltätigkeit im 2-Personen-Haushalt ohne körperliche Schwerarbeit möglich und zumutbar sei. Entsprechend wird im Gutachten die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hinsichtlich der Arbeit in einem 2-Personen-Haushalt, mit Ausnahme von körperlich schweren Tätigkeiten, auf 50 % der Norm geschätzt, wobei sowohl psychische als auch somatische Befunde limitierend wirkten, unverändert zum Erstgutachten von 2017/2018. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wird im Gutachten vermerkt, dass der 2-Personen-Haushalt ohne körperliche Schwerarbeit den Gegebenheiten angepasst sei. Im Hauptgutachten des Verlaufsgutachtens werden die Ergebnisse der Teilgutachten und der zusätzlichen internistischen Untersuchung wie schon in jenem des Erstgutachtens – siehe hierzu oben Ziff. 3.1.4 – konsistent und schlüssig zusammengefasst. Die medizinischen Zusammenhänge und hieraus gezogenen Schlussfolgerungen werden von den Gutachtern eingehend und nachvollziehbar begründet. Die Gesamtbeurteilung vermag sowohl in ihrer Herleitung als auch in ihrem Fazit zu überzeugen. So schliesst sich auch der RAD in seiner Stellungnahme vom 29. März 2021 (IV-Nr. 116) der Beurteilung der Gutachter an, wonach bei der Beschwerdeführerin Limitierungen bestünden, diese jedoch nicht als IV-relevant zu klassifizieren seien.

#### **E. 6.2.7**

Mit Schreiben vom 8. April 2021 stellte die Beschwerdeführerin diverse Zusatzfragen zum polydisziplinären Gutachten vom 19. März 2021. Die Antwortschreiben der betroffenen Fachgebiete – das sind alle ausser der Pneumologie – wurden mit Begleitschreiben der C.\_\_\_\_ vom 31. Mai 2021 an die Beschwerdegegnerin weitergeleitet. Sie können wie folgt zusammengefasst werden: Zu den psychiatrischen Zusatzfragen führt Dr. I.\_\_\_\_ in seinem Antwortschreiben vom 27. April 2021 aus, dass die im psychiatrischen Teilgutachten gestellte Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren an sich bereits Auswirkungen auf die Alltagsgestaltung, auf das Funktionsniveau und damit natürlich auch auf die Arbeitsfähigkeit habe. Die psychosozialen Umstände würden diesen Sachverhalt verschlimmern. Die Nebenniereninsuffizienz sei psychisch zweifellos belastend, diese Belastung könne aber nicht isoliert betrachtet werden, sondern stelle einen integralen Teil der schwierigen Gesamtsituation dar. Ob die Beschwerdeführerin in eine betreute Wohnsituation oder ein Heim verbracht werden müsse, könne im Rahmen der Begutachtung nicht beantwortet werden. Dem Antwortschreiben von Dr. O.\_\_\_\_ vom 24. Mai 2021 kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin aus kardialer Sicht zu 100 % arbeitsfähig sei und sämtliche Tätigkeiten im Haushalt verrichten könne. Gemäss Antwortschreiben von Dr. G.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2021 seien der Beschwerdeführerin aus rein rheumatologischer Sicht jegliche körperlich leichten und gelegentlich mittelschweren Arbeiten unter Beachtung der im rheumatologischen

Teilgutachten erwähnten Einschränkungen zu 75 % zumutbar, wobei eine Leistungseinschränkung von 25 % vorliege, so dass sich letztlich eine Arbeitsfähigkeit von rund 55 % ergebe. Allein gestützt auf die Befunde am Achsenorgan sowie der Füße und der Kniegelenke gebe es von rheumatologischer Seite her keine Erklärung für den Bedarf von Unterarmgehstöcken. Hingegen bestehe eine deutliche, schonungsbedingte Dekonditionierung und eine morbide Adipositas mit entsprechendem pathologischem Bewegungsmuster, was allenfalls den Stockgebrauch zu erklären vermöge. Die Adipositas an sich stelle jedoch keinen Endzustand dar, sondern könne in aller Regel einer Behandlung (Gewichtsreduktion) zugeführt werden. In seinem Antwortschreiben vom 4. Mai 2021 hält Dr. L.\_\_\_\_ als fallführender Gutachter fest, dass es die Aufgabe medizinischer Gutachter sei, unabhängig, unbefangen und so objektiv wie möglich aufgrund ihrer Kenntnisse, Erfahrungen und Befunde einzuschätzen, welche Tätigkeiten einer versicherten Person trotz ihrer Einschränkungen noch zumutbar seien. Dies sei nach bestem Wissen und Gewissen getan worden und entsprechend brauche nichts hinzugefügt zu werden. Die Zusatzfragen der Beschwerdeführerin werden von den Gutachtern ebenfalls schlüssig und nachvollziehbar beantwortet. Widersprüche oder Unklarheiten sind keine ersichtlich. Die Schlussfolgerungen der Gutachter werden durch die Auseinandersetzung mit den Zusatzfragen nochmals bestätigt.

### **E. 6.3**

Die Beschwerdeführerin bringt in ihrer Beschwerde mehrere Rügen gegen die polydisziplinären Gutachten der C.\_\_\_\_ vor. Wie im Folgenden gezeigt wird, sind diese allesamt unbegründet.

#### **E. 6.3.1**

Die Beschwerdeführerin rügt zunächst, dass dem instabilen Gesundheitszustand zwischen den beiden Gutachten nicht Rechnung getragen worden sei. Zwischen den beiden Gutachten lägen mehrere Jahre mit 100%iger Arbeitsunfähigkeit im Haushalt. Konkret genannt werden in diesem Zusammenhang an anderer Stelle der Beschwerde eine Lungentuberkulose, eine Sepsis sowie ein Fussknochenbruch durch Osteoporose, die zwischen den beiden Gutachten lägen. Der Rüge ist entgegenzuhalten, dass die Krankheitsgeschichte und Behandlung der Beschwerdeführerin in den medizinischen Unterlagen, die dem Verlaufsgutachten zugrunde liegen – siehe hierzu Ziff. 2.2 des Hauptgutachtens vom 19. März 2021 sowie Ziff. 4.3.3.2 des rheumatologischen Teilgutachtens vom 13. Januar 2021 –, umfassend dokumentiert und von den Gutachtern berücksichtigt worden sind. Zur Lungentuberkulose – richtigerweise Lymphknotentuberkulose – wird im pneumologischen Teilgutachten vom 15. Januar 2021 festgehalten, dass die generalisierte Lymphknotentuberkulose adäquat behandelt worden sei und sich in der Computertomographie des Thorax-Abdomen-Becken-Bereichs vom 12. Mai 2020 kein Hinweis auf ein Rezidiv finde. Entsprechend wird der Lymphknotentuberkulose denn auch kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zugesprochen. Zur Sepsis wird im rheumatologischen Teilgutachten vom 3. Februar 2021 festgehalten, dass die Beschwerdeführerin im Oktober 2018 wegen einer Sepsis bei Infekt mit unklarem Fokus, am ehesten einer Urosepsis, antibakteriell behandelt worden sei, nachdem bereits im August 2021 eine E. coli-Urosepsis bestanden habe. Da die Sepsis im Gutachten nicht weiter thematisiert wird, ist davon auszugehen, dass ihr aufgrund der erfolgreichen Behandlung keine Relevanz mehr zukommt. Was schliesslich den Fussknochenbruch betrifft, so wird im rheumatologischen Teilgutachten festgehalten, dass sich die am 4.

Dezember 2018 erlittene Metatarsale V-Basisfraktur gemäss radiologischer Verlaufskontrolle des rechten Fusses vom 15. Oktober 2020 durchgebaut und abgeheilt zeige. Dem Status nach Metatarsale V-Basisfraktur wird entsprechend auch kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mehr zugestanden. Unter Mitberücksichtigung der distalen Radiusfraktur rechts vom 15. Oktober 2013 wird aufgrund der Metatarsale V-Basisfraktur jedoch eine glukokortikoid-induzierte Osteoporose, möglicherweise im Frakturstudium, diagnostiziert. Insgesamt ergibt sich somit, dass die Gutachter den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin einlässlich untersucht und dabei sämtliche Vorkommnisse seit der Erstbegutachtung mitberücksichtigt haben. Es kann folglich keine Rede davon sein, dass dem Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin keine Rechnung getragen worden sei. Nicht erstellt ist schliesslich, dass die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin im Haushalt zwischen den beiden Gutachten während mehrerer Jahre 100 % betragen habe. Im Hauptgutachten vom 19. März 2021 wird festgehalten, dass die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin im Haushalt unverändert bei 50 % liege. Es liegen keine Hinweise dafür vor, dass dies zwischenzeitlich während einer längeren Dauer anders gewesen wäre. Die zwischen den beiden Gutachten liegenden Krankheitsepisoden der Beschwerdeführerin weisen von vorherein nicht die erforderliche Beständigkeit und Erheblichkeit auf, um sich auf die Bemessung der Invalidität auszuwirken. Die Rüge ist unbegründet.

### **E. 6.3.2**

Weiter rügt die Beschwerdeführerin, dass das Verlaufsgutachten nicht auf den vollständigen Akten beruhe, weil die Verlaufsberichte und die Arbeitsunfähigkeitseinschätzungen nicht eingeholt wurden. Zudem beruhe das Gutachten auf veralteten Bildgebungen in Bezug auf sämtliche Gelenke, namentlich der Knie und der Wirbelsäule. Die Verlaufsbeginnuntersuchung der Beschwerdeführerin fand vom 12. bis 19. Januar 2021 statt (siehe hierzu das Einladungsschreiben der C.\_\_\_\_ vom 25. November 2020 [IV-Nr. 111]). Im hernach erstellten Hauptgutachten vom 19. März 2021 sind unter Ziff. 2.2 die medizinischen Unterlagen aufgelistet, die seit der Erstbegutachtung der Beschwerdeführerin im Jahr 2017 neu hinzugekommen sind und bei der Verlaufsbeginnuntersuchung berücksichtigt wurden. Dies sind insgesamt 28 Arztberichte – d.h. Sprechstundenberichte, Kontrollberichte, Austrittsberichte und Radiologieberichte –, die in der Zeit von November 2017 bis Oktober 2020 verfasst wurden und den Krankheitsverlauf und die Behandlung der Beschwerdeführerin umfassend dokumentieren. Welche Verlaufsberichte den Gutachtern beim Verlaufsgutachten nicht zur Verfügung standen, lässt die Beschwerdeführerin in ihrer Rüge offen. In den Beilagen zur Beschwerde findet sich lediglich der Bericht der P.\_\_\_\_ vom 14. September 2022. Dass dieser im Verlaufsgutachten keine Berücksichtigung finden konnte, bedarf keiner näheren Erläuterung. Offen lässt die Beschwerdeführerin auch, von wem im Vorfeld der Verlaufsbeginnuntersuchung Arbeitsunfähigkeitseinschätzungen einzuholen gewesen wären. In den Vorakten finden sich drei formularmässige Arztberichte: einer von Dr. med. Q.\_\_\_\_, der Hausärztin der Beschwerdeführerin, datierend vom 28. März 2017 (IV-Nr. 41), zwei von Dr. med. R.\_\_\_\_, der Psychiaterin der Beschwerdeführerin, datierend vom 16. Februar 2017 (IV-Nr. 38) und 4. Februar 2019 (IV-Nr. 76). Inwiefern die Einholung weiterer formularmässiger Arztberichte für das Verlaufsgutachten erforderlich gewesen wäre, ist nicht ersichtlich. Die Krankengeschichte und insbesondere auch die Behandlung der Beschwerdeführerin sind – wie erwähnt – durch die medizinischen Unterlagen gemäss Ziff. 2.2 des Hauptgutachtens vom 19. März 2021 umfassend dokumentiert. Es kann daher ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass ein zusätzlicher formularmässiger Arztbericht der behandelnden Hausärztin oder des

behandelnden Rheumatologen keinen Mehrwert gebracht hätte, zumal es als Erfahrungstatsache gilt, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_317/2019 E. 4.2.3). Entgegen der Rüge der Beschwerdeführerin beruht das Verlaufsgutachten auch nicht auf veralteten Bildgebungen. Im Hauptgutachten vom 19. März 2021 werden unter Ziff. 2.2 drei Radiologieberichte genannt, die sich auf zwei Computertomographien des Thorax-Abdomen-Becken-Bereichs datierend vom

### **E. 6.3.3**

Die Beschwerdeführerin rügt, dass das Verlaufsgutachten unvollständig sei, weil kein Gastroenterologe teilgenommen habe, obwohl die Calprotectinwerte im zweiten Gutachten noch höher gewesen seien als im ersten Gutachten. Entsprechend würden die Symptome des Morbus Crohn nicht korrekt gewürdigt. Die Gastroenterologie ist der Teilbereich der Inneren Medizin, der sich mit der Diagnostik, Therapie und Prävention von Erkrankungen der Verdauungsorgane beschäftigt (<https://flexikon.doccheck.com/de/Gastroenterologie>, zuletzt abgerufen am 12. Dezember 2023). Calprotectin ist ein heterodimeres Protein, das im Zytosol neutrophiler Granulozyten, Monozyten und Epithelzellen vorkommt (<https://flexikon.doccheck.com/de/Calprotectin>, zuletzt abgerufen am 12. Dezember 2023). Seine Konzentration im Stuhl korreliert mit der Anzahl der Granulozyten im Darmlumen. Calprotectin ist deshalb ein Marker für eine Entzündung der Darmschleimhaut sowohl durch Infektionen (Enteritis, Colitis) als auch durch chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa). Im Rahmen der Erstbegutachtung der Beschwerdeführerin in den Jahren 2017 und 2018 wurde angesichts ihrer Erkrankung an Morbus Crohn ein gastroenterologisches Teilgutachten erstellt (siehe oben Ziff. 3.1.2). In diesem wird hinsichtlich des Calprotectins festgehalten, dass wiederholte endoskopische Untersuchungen narbige Veränderungen und eine höchstens minimale endoluminale Entzündungsaktivität gezeigt hätten, was gut zum aktuell geringfügig erhöhten Calprotectin passe. Nachdem die Beschwerdeführerin nach der Erstbegutachtung eine weitere Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes geltend gemacht hatte, gab die Beschwerdegegnerin ein Verlaufsgutachten in Auftrag. Mit Schreiben vom 18. August 2020 (IV-Nr. 102) schlug der Chefarzt der C.\_\_\_\_, Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt FMH Allgemeine Innere Medizin, Psychosomatische Medizin SAPP, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, der Beschwerdegegnerin vor, die Beschwerdeführerin in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin/Endokrinologie, Rheumatologie, Psychiatrie, Pneumologie und Kardiologie zu begutachten. Eine nochmalige Begutachtung im Fachbereich Gastroenterologie wurde von Dr. S.\_\_\_\_ nicht vorgeschlagen und somit implizit als nicht notwendig beurteilt. Inwiefern das Verlaufsgutachten deshalb unvollständig sein sollte, ist nicht ersichtlich. Im Rahmen der allgemeininternistischen Begutachtung der Beschwerdeführerin durch Dr. L.\_\_\_\_ wurden auch gastroenterologische Befunde gestellt. So wird im Hauptgutachten vom 19. März 2021 hinsichtlich der Ileo-Colitis Crohn der Verdacht auf eine derzeit mässige Aktivität unter Prednisolon, Entocort® und Imurek® geäußert, bei erhöhten Werten von Blutsenkung und CRP sowie erhöhtem Calprotectin im Stuhl. Damit wurden die Symptome des Morbus Crohn offensichtlich hinreichend gewürdigt. Die Rüge der Beschwerdeführerin ist unbegründet.

### **E. 6.3.4**

Gerügt wird von der Beschwerdeführerin alsdann, dass das psychiatrische Teilgutachten nicht schlüssig sei, werde doch ein Verbitterungssyndrom diagnostiziert, obwohl offensichtlich eine schwere Depression und ein Vergewaltigungssyndrom vorliege. Zudem sei die Beschwerdeführerin geistig beeinträchtigt. In der Rüge der Beschwerdeführerin wird unterschlagen, dass in den psychiatrischen Teilgutachten vom 29. September 2017 und 19. Januar 2021 jeweils die Hauptdiagnose der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD F45.41) gestellt wird. Beim Vorliegen chronischer Schmerzen ist die Diagnose einer Depression erheblich erschwert, da Symptome wie Schlaflosigkeit, Müdigkeit und ein verändertes Aktivitätsniveau sowohl mit Schmerzen als auch mit Depressionen in Verbindung gebracht werden können (Knaster Peter et al., Diagnosing Depression in Chronic Pain Patients: DSM-IV Major Depressive Disorder vs. Beck Depression Inventory [BDI], in: PLoS ONE 11[3]: e0151982, 2016, abrufbar unter <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151982>). Nachdem die behandelnde Psychiaterin – Frau Dr. med. R. \_\_\_ – anlässlich eines Telefongesprächs mit I. \_\_\_ im Rahmen der Erstbegutachtung betonte, dass sich das seelische Leiden der Beschwerdeführerin eher etwas gebessert habe und die körperlichen Beschwerden im Vordergrund stehen würden, ist die Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren durchaus schlüssig und nachvollziehbar. Was das Vergewaltigungssyndrom betrifft, so ist festzuhalten, dass Dr. I. \_\_\_ die typischen Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung bei der Beschwerdeführerin nicht in Erfahrung bringen konnte. So wird im psychiatrischen Teilgutachten vom 29. September 2017 ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin Erinnerungen an die Ereignisse sehr unpräzise beschrieben und weder Angstträume noch eigentliche Flashbacks bestätigt habe. Auch die erforderliche generelle Über-Erregbarkeit habe sich nicht nachweisen lassen. Die in der Rüge behaupteten Diagnosen der schweren Depression und des Vergewaltigungssyndroms konnten im Rahmen der zweimaligen psychiatrischen Begutachtung der Beschwerdeführerin somit nicht erhärtet werden. Dagegen findet das in beiden Teilgutachten diagnostizierte Verbitterungssyndrom im Sinne eines krankhaften emotionalen Zustands, der von Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Resignation und Niedergeschlagenheit geprägt ist (vgl. hierzu die diagnostischen Kriterien der posttraumatischen Verbitterungsstörung gemäss Linden Michael, Verbitterung und Posttraumatische Verbitterungsstörung, 2. Auflage, Göttingen 2023, S. 16 f.), in den Befunden und Beurteilungen von Dr. I. \_\_\_ ohne Weiteres eine Stütze. So wird im ersten Teilgutachten vom 29. September 2017 ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin in ihrem ganzen Verhalten dumpf, resigniert und desinteressiert wirke. Ihr Denken sei stark auf ihre Defizite eingeengt gewesen. Befürchtungen und Zwänge hätten sich nur insofern geäußert, als sich die Beschwerdeführerin keine positive Entwicklung ihrer Lebenssituation vorstellen könne. Im zweiten Teilgutachten vom 19. Januar 2021 wird festgehalten, dass das formale Denken der Beschwerdeführerin stark beeinträchtigt sei, defizitorientiert, verlangsamt, eingeengt auf ihr schweres Schicksal. Sie habe ausgeprägte Befürchtungen in Bezug auf die weitere Entwicklung geäußert, sie schliesse eine Besserung der Beschwerden aus und wünsche sich, bald sterben zu können. Der Antrieb sei stark eingeschränkt gewesen, die ganze Persönlichkeit sei träge und auf ein Kümmerdasein reduziert. Mit der Diagnose des Verbitterungssyndroms werden die soeben erwähnten klinischen Befunde zu einem schlüssigen und nachvollziehbaren Krankheitsbild zusammengefasst. Schliesslich ist festzuhalten, dass in der Beschwerde erstmals behauptet wird, dass die Beschwerdeführerin geistig beeinträchtigt sei. In den gesamten Akten, insbesondere in den Arztberichten und Gutachten, findet sich jedoch nirgends ein Hinweis

auf eine Intelligenzminderung bei der Beschwerdeführerin. Insgesamt ergibt sich somit, dass die Rüge der Beschwerdeführerin unbegründet ist.

#### **E. 6.4**

In ihrer Replik vom 2. August 2023 bringt die Beschwerdeführerin weitere Rügen gegen die polydisziplinären Gutachten der C.\_\_\_\_ vor. Wie im Folgenden gezeigt wird, sind auch diese allesamt unbegründet.

##### **E. 6.4.1**

Die Beschwerdeführerin rügt zunächst, dass die angebliche Haushaltsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 50 % schon nur wegen der periodischen grippeartigen Symptome um mindestens 10 % geringer sei. Dem trage das Verlaufsgutachten nicht Rechnung, was nicht schlüssig sei. Wie unter Ziff. 4.3.1 oben bereits ausgeführt, sind die Krankengeschichte und die Behandlung der Beschwerdeführerin in den dem Verlaufsgutachten zugrundeliegenden medizinischen Unterlagen umfassend dokumentiert und von den Gutachtern berücksichtigt worden. So wird die Symptomatik der rezidivierenden Fieberschübe im rheumatologischen Teilgutachten vom 3. Februar 2021 mit dem vermuteten autoinflammatorischen Syndrom in Verbindung gebracht. Dieses werde adäquat und in anzunehmendem hohem Mass wirksam medikamentös mit Azathioprin und einer systemischen Dauer-Glukokortikoid-Therapie behandelt. Fieberschübe würden seither keine mehr berichtet. Was die von der Beschwerdeführerin in ihrer Rüge als grippeartig bezeichneten Symptome betrifft, so handelt es sich hierbei laut dem Bericht der P.\_\_\_\_ vom 14. September 2022 um alle zwei bis drei Wochen auftretende subfebrile Temperaturen begleitet von einem Hitzegefühl und verstärkten Gliederschmerzen. Zu diesen Symptomen wird im Bericht festgehalten, dass sie für die Beschwerdeführerin subjektiv eher im Hintergrund stünden. Zudem habe die Beschwerdeführerin berichtet, unter Spiricort® nie mehr höhergradiges Fieber erlitten zu haben. Hautveränderungen und serositive Beschwerden seien unter Prednison nicht mehr aufgetreten. Serologisch zeige sich aktuell nur ein leicht erhöhtes CRP von 6-8 mg/l, wobei die Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der Blutentnahme auch keine autoinflammatorischen Beschwerden angegeben habe. Objektive Hinweise auf eine Aktivität des Morbus Crohn hätten zuletzt keine bestanden. Auch weitere extraintestinale Befunde hätten sich anlässlich der ambulanten Konsultation vom 18. Juli 2022 keine ergeben. Inwiefern die von der Beschwerdeführerin ins Feld geführte Symptomatik ihre Haushaltsfähigkeit beeinträchtigen soll, ist nicht ersichtlich. Die Rüge ist unbegründet.

##### **E. 6.4.2**

Weiter bringt die Beschwerdeführerin vor, dass zwischen dem ersten Gutachten der C.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2018 und dem zweiten Gutachten der C.\_\_\_\_ vom 19. März 2021 der Morbus Crohn aktiv gewesen sei, nachgewiesen durch die Calprotectin-Werte. Beim Morbus Crohn handelt es sich um eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung ([https://flexikon.doccheck.com/de/Morbus\\_Crohn](https://flexikon.doccheck.com/de/Morbus_Crohn), zuletzt abgerufen am 19. Dezember 2023). Die Krankheit verläuft in Schüben, d.h., dass sich Phasen ohne Entzündung und ohne Beschwerden mit mehr oder weniger starken Schüben und den entsprechenden Beschwerden abwechseln. Dass der Morbus Crohn der Beschwerdeführerin in der Zeit zwischen den beiden Gutachten der C.\_\_\_\_ aktiv gewesen sei, wie sie in ihrer Rüge behauptet, ist somit durchaus wahrscheinlich. Zugleich ist jedoch darauf hinzuweisen, dass damit noch nichts über den Grad der Aktivität des Morbus Crohn gesagt ist. So wird im

Hauptgutachten vom 15. Januar 2018 festgehalten, dass sich die Beschwerdeführerin aktuell unter dreifacher Immunsuppression (Cimzia®, Imurek® und Kortison) klinisch und labormässig weitgehend in Remission befinde. Im Hauptgutachten vom 19. März 2021 wird der Morbus Crohn unter Spiricort®, Entocort® und Imurek® als mässig aktiv bezeichnet. Dem entspricht, dass im Bericht der P.\_\_\_\_ vom 14. September 2022 von einem gut kontrollierten intestinalen Morbus Crohn die Rede ist. Was die Beschwerdeführerin aus dem mässig aktiven Morbus Crohn zu ihren Gunsten ableiten will, ist nicht ersichtlich.

### **E. 6.4.3**

Die Beschwerdeführerin rügt alsdann, dass sich bereits aus ihrer turbulenten Krankheitsgeschichte ergebe, dass nach dem ersten Gutachten sicher für mehr als drei Monate ganz erhebliche Verschlechterungen eingetreten seien, die sich auch auf die Haushaltsfähigkeit ausgewirkt hätten und die unberücksichtigt geblieben seien, was nicht schlüssig sei. Das Gutachten halte maximal einen Querschnittbefund von 50 % Haushaltsunfähigkeit fest, nicht jedoch einen Längsverlauf mit erheblichen Schwankungen der Haushaltsunfähigkeit zwischen 50 und 100 %. Die Krankengeschichte und Behandlung der Beschwerdeführerin sind – wie bereits mehrfach erwähnt (siehe Ziff. 4.3.1 und Ziff. 4.4.1 oben) – in den dem Verlaufsgutachten zugrundeliegenden medizinischen Unterlagen umfassend dokumentiert. Wie dem Haupt- und den verschiedenen Teilgutachten der Verlaufsbegutachtung entnommen werden kann, haben sich die Gutachter einlässlich mit der Krankengeschichte der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt. Dass die zwischen den beiden Gutachten liegenden Krankheitsepisoden der Beschwerdeführerin im Verlaufsgutachten unberücksichtigt geblieben seien, ist somit falsch. Im Hauptgutachten vom 19. März 2021 wird festgehalten, dass die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin im Haushalt unverändert bei 50 % liege. Dass die Beschwerdeführerin in der Zeit zwischen den beiden Gutachten aufgrund ihrer Krankheitsepisoden zwischendurch vollständig arbeitsunfähig war, ist richtig. Was die Beschwerdeführerin hieraus zu ihren Gunsten ableiten könnte, ist jedoch nicht ersichtlich. Die Krankheitsepisoden weisen von vorherein nicht die erforderliche Beständigkeit und Erheblichkeit auf, um sich auf die Bemessung der Invalidität auszuwirken. Hinzu kommt, dass von der Beschwerdeführerin im Rahmen ihrer Schadenminderungspflicht erwartet werden kann, ihr Verhalten so anzupassen, dass ihr eine möglichst vollständige und unabhängige Erledigung der Haushaltsarbeiten möglich ist. Die Beschwerdeführerin kann die Haushaltsarbeit nach ihren Bedürfnissen einteilen und sich wenn immer nötig Ruhepausen gönnen. Die Rüge erweist sich als unbegründet.

### **E. 6.5**

Insgesamt ergibt sich somit, dass die beiden polydisziplinären Gutachten der C.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2018 und 19. März 2021 die durch Gesetz und Rechtsprechung definierten Anforderungen an die Ermittlung der Arbeitsfähigkeit erfüllen, ihnen folgerichtig voller Beweiswert zukommt und vollumfänglich auf sie abgestellt werden kann. 7. Grundlage der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 25. September 2014 bilden ferner die beiden Berichte des Abklärungsdienstes zur Invalidität im Haushalt vom 27. Juli 2018 und 21. Februar 2022. In ersterem wird der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin auf 13 bzw. 18 % bestimmt, in letzterem auf 26 %. Zum Beweiswert der Abklärungsberichte ist Folgendes festzuhalten:

### **E. 7**

Oktober 2017 werden folgende Diagnosen gestellt: mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Verdacht auf autoinflammatorisches Syndrom; 2. fortgeschrittene Segmentdegenerationen C4 bis C7; 3. chronisches lumbales Schmerzsyndrom; - Fehlstatik mit Haltunginsuffizienz, muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung; - Segmentdegenerationen L3 bis S1, hauptbefundlich L5/S1; - Status nach Diskushernienoperation L5/S1 rechts; 4. Nebennierenrindeninsuffizienz, wahrscheinlich sekundär i.S.e. glukokortikoidinduzierten inadäquaten ACTH-Sekretion; 5. leichte mediale Gonarthrose und Femoropatellararthrose rechts; ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Adipositas Grad II (BMI 36.9 kg/m<sup>2</sup>); 2. chronifiziertes, generalisiertes, fibromyalgiformes Ganzkörperschmerzsyndrom ohne adäquates organisches Korrelat am Bewegungsapparat; 3. leichte Rizarthrose; Übrige Diagnosen: 1. Morbus Crohn seit 1999; - residuell narbige Veränderungen am ileozökalen Übergang; - Status nach Dilatation 2002; - aktuelle Therapie mit Certolizumab Pegol und Azathioprin; - Status nach Basistherapie mit Methotrexat, Leflunomid, Infliximab, Tofacitinib; 2. positiver Serumamyloid Typ AA-Nachweis; - Kardiomyopathie; - DD assoziiert mit Morbus Crohn, autoinflammatorischem Syndrom, latenter Tuberkulose; - 24.11.2016: kein Amyloid-Nachweis in der Bauchhautbiopsie; 3. latente Tuberkulose; - mediastinale Lymphknotenverkalkungen; - positiver Elispot-Test; - aktuelle INH-Therapie; - Status nach INH-Behandlung 2009/2010; 4. metabolisches Syndrom; - Adipositas; - Status nach steroidinduziertem Diabetes mellitus; - arterieller Hypertonie; - Hyperurikämie; 5. Aneurysma der Aorta ascendens; 6. Status nach Radiusköpfchenfraktur rechts 10/2016. Die von Dr. G. \_\_\_ gestellten Diagnosen werden im Gutachten gestützt auf die medizinische Vorgeschichte und die anlässlich der Begutachtung vom 20. September 2017 erfolgte Befragung und Untersuchung der Beschwerdeführerin nachvollziehbar begründet. Von rheumatologischer Seite her stehe in der Zusammenschau der angegebenen Beschwerden, der Aktenlage, der aktuell erhobenen klinischen Befunde, der Bildgebung und der Laborresultate ein diffuses, chronifiziertes, ausgeprägtes, fibromyalgiformes Ganzkörperschmerzsyndrom ohne adäquates organisches Korrelat im Vordergrund. Hierfür spreche die Angabe generalisierter, ständig gleichartiger Dauerschmerzen hoher Intensität ohne tageszeitliche Periodizität und ohne jegliche Beeinflussung durch äussere Faktoren, das massive, dysfunktional anmutende, groteske Schmerzverhalten der Beschwerdeführerin in der Untersuchungssituation mit durchwegs positiver Waddell-Testung sowie das fehlende Ansprechen auf sämtliche bisher durchgeführten Therapiemassnahmen. Bezüglich der aktenkundig immer wieder auftretenden Fieberepisoden, manchmal im Zusammenhang mit Infekten vor allem im urogenitalen Bereich, manchmal ohne objektivierbaren Infektfokus, der Myalgien und Arthralgien, der aktenkundigen Polyserositis, der periodisch auftretenden Erythemata nodosa ohne bislang in multiplen Abklärungen nachweisbarer Vaskulitis und der stets negativen rheumaimmunologischen Laborbefunde erweist sich auch die von Dr. G. \_\_\_ gestellte Verdachtsdiagnose einer autoinflammatorischen Krankheit als plausibel. Dr. G. \_\_\_ führt hierzu aus, dass autoinflammatorische Syndrome häufig eine Periodizität bzw. Stereotypie hinsichtlich Fieber, Myalgien, Arthralgien, Hauterscheinungen, Serositis, Arthritis und ausgeprägter humoraler Entzündungsaktivität zeigten. Hinsichtlich des in den Akten wiederholt erwähnten Nachweises von Serum-Amyloid AA hält Dr. G. \_\_\_ fest, dass ein solcher bei chronisch-infektiösen Erkrankungen (z.B. Tuberkulose, chronische Osteomyelitis), bei chronisch-entzündlichen Erkrankungen (z.B. Morbus Crohn, Kollagenosen etc.), bei Malignomen und bei den verschiedenen autoinflammatorischen Syndromen vorkomme. Bei Letzteren erkrankten ca.

30 % aller Patienten im Laufe ihres Lebens an einer Amyloidose vom Typ AA. Zudem bestünden als weitere Überlappung eine latente Tuberkulose mit positivem Elispot-Test und aktueller Isoniazid-Therapie. Aufgrund der gegenwärtigen autoimmunsuppressiven Therapie bestehe diesbezüglich und auch hinsichtlich anderweitiger infektiöser Erkrankungen eine Risikosituation, so dass neben einem autoinflammatorischen Syndrom möglicherweise auch intermittierend auftretende Infekte, vor allem im Urogenitalbereich, eine Rolle mitspielen dürften. Nachvollziehbar ist ferner auch, dass gemäss Dr. G.\_\_\_\_ bei der Beschwerdeführerin eine medikamentöse Polypragmasie vorliege. Eine Vielzahl der angegebenen Beschwerden könne als unerwünschte Wirkung auf die Opiat-Therapie, die Behandlung mit trizyklischen Antidepressiva und SSNRI, die Therapie mit dem östrogenen Wirkstoff Tibolon, die INH-Therapie und sogar die Einnahme von Certolizumab Pegol und Metoprolol zurückgeführt werden. Es handle sich dabei um die Symptome Adynamie, Fatigue, Mundtrockenheit, Nachtschweiss, erhöhter Muskeltonus, Gewichtszunahme, Schwindel, Tremor, Sehstörungen und trockene Augen. Schliesslich vermerkt Dr. G.\_\_\_\_ im Gutachten, dass aufgrund des Labors Hinweise auf eine Nebennierenrindeninsuffizienz bestünden, hochwahrscheinlich sekundärer Art bei nicht nachweisender Hyperpigmentierung der Haut und normalem Serum-Kalium. Wiederholte MRI-Untersuchungen des Schädels hätten keinen Hypophysentumor nachweisen können. Klassisch für die NNR-Insuffizienz-Symptomatik sei eine ausgeprägte Müdigkeit, Adynamie, eine allgemeine Verlangsamung, eine orthostatische Dysregulation mit Schwindel und Gangunsicherheit, eine allgemeine Schwäche und auch eine Anämie sowie in der adrenergen Krise Fieberschübe. Zu vermuten sei eine inadäquate ACTH-Sekretion in Folge langzeitiger Suppression durch eine systemische Glukokortikoidtherapie, wobei die aktuelle Spiricort®-Dosis ungenügend zu sein scheine. Was die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin betrifft, so hält Dr. G.\_\_\_\_ im Gutachten fest, dass aufgrund des Verhaltens der Beschwerdeführerin elementare Voraussetzungen fehlten, um eine seriöse gutachterliche Untersuchung und eine Leistungseinschätzung zu erbringen. Entsprechend sei der Beweis einer Behinderung nur sehr bedingt möglich. Allein auf der Befundebene könnten aktuell von rheumatologischer Seite her einzig Einschränkungen hinsichtlich körperlicher Schwerarbeiten gemacht werden. Inwieweit die Beschwerdeführerin im Haushalt bzw. hinsichtlich einer leidensadaptierten Tätigkeit arbeitsfähig sei, könne vom Fachbereich Rheumatologie her nicht abgeschätzt werden. Dr. G.\_\_\_\_ setzt sich in seinem Gutachten umfassend mit der Krankheitsgeschichte und den bei der Begutachtung der Beschwerdeführerin gemachten Feststellungen auseinander. Er belässt es nicht bloss dabei, die in seinem Fachbereich gewonnenen Erkenntnisse aufzuzeigen, sondern stellt diese mit den weiteren Diagnosen in einen Kontext. Die im Gutachten dargestellten medizinischen Zusammenhänge und Beurteilungen werden von Dr. G.\_\_\_\_ wie gezeigt schlüssig und nachvollziehbar begründet. Entsprechend vermögen denn auch die im Gutachten gezogenen Schlussfolgerungen zu überzeugen. Als Facharzt für Rheumatologie und zertifizierter Gutachter ist Dr. G.\_\_\_\_ zudem offensichtlich befähigt, eine Expertise zu erstellen. Damit erfüllt das rheumatologische Teilgutachten von Dr. G.\_\_\_\_ sämtliche Anforderungen, die seitens der Rechtsprechung an medizinische Gutachten gestellt werden.

### **E. 7.1**

Die von einer qualifizierten Person gestützt auf Art. 69 Abs. 2 IVV durchgeführte Abklärung vor Ort (vgl. auch Rz. 3041 ff. des Kreisschreibens des Bundesamts für Sozialversicherungen (BSV) über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI] in

der bis am 31. Januar 2023 gültigen Fassung) stellt für gewöhnlich die geeignete und genügende Vorkehr zur Bestimmung der gesundheitlichen Einschränkung im Haushalt dar (Urteil des Bundesgerichts 9C\_671/2017 E. 4.2 m.w.H.). Hinsichtlich des Beweiswerts der entsprechenden Berichterstattung ist wesentlich, dass sie durch eine qualifizierte Person erfolgt, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie sich der aus den medizinischen Diagnosen ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat; weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind; der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein sowie in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_671/2017 E. 4.2 m.w.H.). Trifft all dies zu, so ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift, sofern der Bericht eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage im eben umschriebenen Sinne darstellt, in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen (BGE 130 V 61 E. 6.1.2 S. 62). Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 130 V 61 a.a.O.).

## **E. 7.2**

Zum ersten Abklärungsbericht vom 27. Juli 2018 ist festzuhalten, dass dieser von einem Abklärungsfachmann und damit von einer hierfür qualifizierten Person erstellt wurde. Anlässlich des Abklärungsgesprächs in der Wohnung der Beschwerdeführerin am 24. Juli 2018 konnte sich der Abklärungsfachmann ein eigenes Bild über die örtlichen und räumlichen Verhältnisse machen. Zudem wird im Bericht auf das polydisziplinäre Gutachten der C.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2018 verwiesen, so dass erstellt ist, dass der Abklärungsfachmann Kenntnis über die Diagnosestellung der Gutachter und die sich hieraus ergebenden gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin hatte. Im Bericht werden weiter die beim Abklärungsgespräch von der Beschwerdeführerin und ihrem Ehemann gemachten Aussagen zu ihrer aktuellen gesundheitlichen Situation und zu ihren aktuellen Wohnverhältnissen wiedergegeben. Dabei kann eine erhebliche Diskrepanz zwischen der behaupteten Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin im Haushalt und ihrem Hilfebedarf bei der Vornahme der alltäglichen Lebensverrichtungen festgestellt werden. Während seitens der Beschwerdeführerin angegeben wurde, dass sie bei der Verrichtung häuslicher Arbeiten nahezu vollständig beeinträchtigt sei, stellte der Abklärungsfachmann fest, dass die Beschwerdeführerin bei der Vornahme der alltäglichen Lebensverrichtungen lediglich bei der Körperpflege auf Dritthilfe angewiesen sei (eingehend hierzu Ziff. 5.6 unten). Im Übrigen könne die Beschwerdeführerin sämtliche alltäglichen Lebensverrichtungen selbstständig vornehmen. Zu Recht hält der Abklärungsfachmann in der Haushaltsabklärung denn auch fest, dass die objektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Haushalt gemäss medizinischem Gutachten der subjektiven Einschätzung seitens der Beschwerdeführerin vorzuziehen sei. Gestützt auf diese Überlegungen werden im Bericht die relevanten Haushaltsbereiche Ernährung, Wohnungspflege, Einkauf und weitere Besorgungen sowie Wäsche und Kleiderpflege und die invaliditätsbedingten Einschränkungen der Beschwerdeführerin umschrieben und gewichtet und gestützt hierauf der Invaliditätsgrad berechnet. Sowohl die Gewichtung der Haushaltsbereiche (Ernährung 40 %, Wohnungspflege 40 %, Einkauf und weitere Besorgungen

### **E. 7.3**

Zum zweiten Abklärungsbericht vom 21. Februar 2022 ist festzuhalten, dass dieser von einer Abklärungsfachfrau und damit ebenfalls von einer hierfür qualifizierten Person erstellt wurde. Der Bericht stützt sich insbesondere auf die anlässlich des Abklärungsgesprächs vom 17. Februar 2022 in der Wohnung der Beschwerdegegnerin gemachten Beobachtungen der Abklärungsfachfrau sowie auf das polydisziplinäre Verlaufsgutachten der C.\_\_\_\_ vom 19. März 2021. Die Abklärungsfachfrau hatte somit Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der sich aus den aktuellen medizinischen Diagnosen ergebenden Einschränkungen der Beschwerdegegnerin. Weiter werden im Bericht die beim Abklärungsgespräch gemachten Aussagen der Beschwerdeführerin und ihres Ehemannes aufgeführt, wonach die Beschwerdeführerin keinerlei Haushaltsarbeiten mehr verrichten könne. Hierzu hält die Abklärungsfachfrau zu Recht fest, dass die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin aufgrund der medizinischen Unterlagen nicht nachvollziehbar seien. Zur Aussage der Beschwerdeführerin, keine Pfanne mehr anheben zu können, auch nicht eine kleine, merkt die Abklärungsfachfrau an, dass die Beschwerdeführerin genügend Kraft in den Händen gehabt habe, um mit den Krücken vom Schlafzimmer in die Küche zu gehen. Im Lichte dieser Überlegungen sind sowohl die Gewichtung der relevanten Haushaltsbereiche (Ernährung 40 %, Wohnungspflege 30 %, Einkauf und weitere Besorgungen 10 %, Wäsche und Kleiderpflege 20 %) als auch die Einschätzung der invaliditätsbedingten Einschränkungen der Beschwerdeführerin (Ernährung 20 %, Wohnungspflege 40 %, Einkauf und weitere Besorgungen 0 %, Wäsche und Kleiderpflege 30 %) ohne Weiteres nachvollziehbar, zumal auch die familiären Verhältnisse und die Möglichkeiten der familieninternen Mithilfe im Haushalt erneut in die Beurteilung miteinbezogen wurden. Dass die Gewichtung der relevanten Haushaltsbereiche im zweiten Abklärungsbericht in zwei Bereichen um je 10 % von jener im ersten Abklärungsbericht abweicht (Wohnungspflege -10 %, Wäsche und Kleiderpflege +10 %), schadet der Plausibilität der Abklärungsberichte nicht. So stellt der Auszug der jüngsten Tochter aus dem elterlichen Domizil Ende 2019 mit Blick auf den Haushalt sowohl eine Entlastung als auch eine Belastung dar, Ersteres, weil in einem kleineren Haushalt weniger eingekauft, gekocht und geputzt werden muss, Letzteres, weil die Mithilfe der Tochter wegfällt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_410/2015 E. 4.2.1). Eine solche Änderung in den familiären Verhältnissen hat regelmässig eine Neugewichtung der einzelnen Tätigkeiten im Haushalt zur Folge. Zudem kommt der Gewichtung der einzelnen Haushaltsbereiche Ermessenscharakter zu. Die Abweichung in den beiden Abklärungsberichten ist zu gering, als dass hieraus auf die Unrichtigkeit eines der Berichte geschlossen werden könnte, zumal beide die im Kreisschreiben des BSV über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH) in der bis am 31. Dezember 2021 gültigen Fassung angegebenen Bandbreiten einhalten.

### **E. 7.4**

Hinsichtlich des Status der Beschwerdeführerin wird in beiden Abklärungsberichten davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin auch im Gesundheitsfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keiner Erwerbstätigkeit nachgegangen wäre bzw. nachgehen würde. Die Beschwerdeführerin bringt hierzu in ihrer Beschwerde vor, dass ihr Status eindeutig falsch festgelegt worden sei. Sie habe bereits vor Jahrzehnten einen gemischten Status gehabt und die Nichtaufnahme einer Erwerbstätigkeit sei eindeutig krankheitsbedingt gewesen. Sie hätte ihre Erwerbstätigkeit auf mindestens 50 % ausgedehnt. Die Statusfrage,

d.h. die Frage, ob eine versicherte Person im Gesundheitsfall ganz, teilzeitlich oder überhaupt nicht erwerbstätig wäre, beurteilt sich danach, was diese bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (zum Ganzen BGE 144 I 28 E. 2.3 und 2.4 m.w.H.). Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten sind dabei die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse zu berücksichtigen, insbesondere allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen. Bei der Beantwortung der Statusfrage sind schliesslich auch die hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person miteinzubeziehen. Diese sind als innere Tatsachen einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen daher in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden. Entgegen der von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Rüge ist vorliegend mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin auch im Gesundheitsfall keiner Erwerbstätigkeit nachgegangen wäre bzw. nachgehen würde. In diesem Zusammenhang ist zunächst auf die widersprüchlichen Aussagen der Beschwerdeführerin hinzuweisen. Im Fragebogen zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit / Haushalt vom 5. April 2018 (IV-Nr. 67) gab die damals noch nicht anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin an, dass sie heute ohne Behinderung keine ausserhäusliche Tätigkeit ausüben würde. Anlässlich des ersten Abklärungsgesprächs am 24. Juli 2018 bestätigte sie gegenüber dem Abklärungsfachmann diese Angabe. Erst beim zweiten Abklärungsgespräch am 17. Februar 2021 gab die nunmehr rechtsanwaltlich vertretene Beschwerdeführerin an, dass sie heute ohne gesundheitliche Einschränkungen einer ausserhäuslichen Tätigkeit nachgehen würde. Auf Nachfrage der Abklärungsfachfrau teilte die Beschwerdeführerin allerdings mit, dass sie sich in der Schweiz nie um eine Anstellung bemüht habe. Es sei ihr aufgrund ihrer vier Kinder, ihrer Erkrankung und der fehlenden Deutschkenntnisse nie möglich gewesen, eine Arbeit aufzunehmen. Dass die Beschwerdeführerin die Frage nach einer ausserhäuslichen Tätigkeit im Gesundheitsfall im Rahmen des ersten Abklärungsgesprächs nicht verstanden habe, wie in der Begründung ihres Einwands vom 25. Juli 2019 (IV-Nr. 84) behauptet wird, überzeugt nicht. Die Beschwerdeführerin hatte die Frage nach einer ausserhäuslichen Tätigkeit im Gesundheitsfall bereits im Rahmen ihres ersten IV-Verfahrens in den Jahren 2013 und 2014 zu beantworten. Im Fragebogen zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit / Haushalt vom 20. Februar 2014 hatte sie angegeben, dass sie ohne Behinderung mit einem Pensum von 10 bis 20 % als Näherin tätig wäre. Weshalb sie dieselbe Frage wenige Jahre später plötzlich nicht mehr verstehen sollte, ist nicht nachvollziehbar. Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin laut eigenen Aussagen – siehe hierzu die biografischen Anamnesen in den medizinischen Gutachten, in den Abklärungsberichten zur Invalidität im Haushalt sowie im Protokoll des nach der Erstanmeldung von der Beschwerdegegnerin durchgeführten Intakegesprächs vom 2. Dezember 2013 (IV-Nr. 7) – nach dem bloss fünf- statt achtjährigen Besuch der Grundschule keine Berufsausbildung absolvierte, sondern ihrer Mutter im Haushalt und beim Nähen half. Nach ihrer Hochzeit am 5. Dezember 1985 arbeitete sie für zwei Jahre in einem Lebensmittelgeschäft. Danach war sie nie wieder ausserhäuslich erwerbstätig. Die Beschwerdeführerin war somit während ihres ganzen Lebens nur zwei Jahre lang erwerbstätig. Seit 1988 – am 29. Februar 1988 kam notabene die älteste Tochter der Beschwerdeführerin zur Welt – war die Beschwerdeführerin immer

nur in ihrem eigenen Haushalt als Hausfrau und Mutter tätig. Die Beschwerdeführerin gab weiter an, dass sie sich seit ihrer Ankunft in der Schweiz im Jahr 1999 auch nie um eine Anstellung bemüht hatte. Die im Rahmen des ersten IV-Verfahrens festgestellte Restarbeitsfähigkeit von 50 % wurde von der Beschwerdeführerin nie verwertet. Kinderbetreuung und fehlende Deutschkenntnisse vermögen als invaliditätsfremde Gründe die unterbliebene Verwertung der Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von vornherein nicht zu rechtfertigen. Der Vollständigkeit halber sei hier zudem erwähnt, dass das jüngste Kind der Beschwerdeführerin im Jahr 1997 zur Welt kam und somit – in Analogie zur familienrechtlichen Rechtsprechung – spätestens ab 2013 im Alter von 16 Jahren keinerlei Betreuung mehr benötigte. Hätte die Beschwerdeführerin tatsächlich eine Erwerbstätigkeit aufnehmen wollen, so hätte sie sich spätestens ab 2013 um eine Arbeitsstelle bemüht. Die über Jahrzehnte hinweg tatsächlich gelebten Verhältnisse zeigen jedoch, dass die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit für die Beschwerdeführerin nie ein Thema war. Da der Ehemann der Beschwerdeführerin ab September 2002 stets ein Einkommen erzielte – siehe hierzu den IK-Auszug vom 17. Dezember 2013 (IV-Nr. 12) sowie den IK-Auszug vom 26. März 2018 (IV-Nr. 65) – und sowohl der Status der Beschwerdeführerin als Hausfrau und Mutter als auch ihre fehlende Integration in die hiesige Gesellschaft familienintern nie hinterfragt wurden, bestand für die Beschwerdeführerin auch nie die Notwendigkeit, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Entsprechend ist anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin auch ohne gesundheitliche Einschränkungen überwiegend wahrscheinlich keine Erwerbstätigkeit ausüben würde. Die Rüge ist unbegründet.

## **E. 7.5**

Die Beschwerdeführerin bringt in ihrer Beschwerde mehrere Rügen gegen die beiden Abklärungsberichte des Abklärungsdienstes der Beschwerdegegnerin vor. Wie im Folgenden gezeigt wird, sind diese unbegründet.

### **E. 7.5.1**

Die Beschwerdeführerin rügt zunächst, dass die Haushaltsabklärung nicht schlüssig sei und es der Abklärungsfachfrau an den psychiatrischen Kenntnissen fehle, um von der 50%igen Arbeitsunfähigkeit im Haushalt aus psychischen Gründen abzuweichen. Die Beschwerdeführerin sei psychisch maximal beeinträchtigt und leide unter Fatigue und einer schweren Antriebsstörung. Bei der Haushaltsabklärung handelt es sich um einen Betätigungsvergleich, bei dem für die Bemessung der Leistungsfähigkeit der versicherten Person nicht allein die ärztliche Zumutbarkeitsschätzung relevant ist. Massgebend ist vielmehr die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, was unter Berücksichtigung der konkreten Verhältnisse im Einzelfall festzustellen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_490/2020 E. 8.1 m.w.H.). Einer ärztlichen Fachperson, die sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltsführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, bedarf es nur in Ausnahmefällen, namentlich bei unglaublichen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_671/2017 E. 4.2 m.w.H.). Zwar ist der Abklärungsbericht seiner Natur nach in erster Linie auf die Ermittlung des Ausmasses physisch bedingter Beeinträchtigungen zugeschnitten, weshalb seine grundsätzliche Massgeblichkeit unter Umständen Einschränkungen erfahren kann, wenn die versicherte Person an psychischen Beschwerden leidet. Prinzipiell jedoch stellt er auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht, d.h. wenn die

Beurteilung psychischer Erkrankungen im Vordergrund steht. Widersprechen sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, ist aber in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen mehr Gewicht einzuräumen als dem Bericht über die Haushaltsabklärung, weil es der Abklärungsperson regelmässig nur beschränkt möglich ist, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen. Inwiefern die zweite Haushaltsabklärung – auf diese bezieht sich die Rüge der Beschwerdeführerin – nicht schlüssig sein soll, ist nicht ersichtlich. Dass es der Abklärungsfachfrau an – zumindest ausgewiesener – psychiatrischer Expertise fehlt, schadet ihrer Einschätzung der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht, da es bei der Haushaltsabklärung wie erwähnt nicht um eine psychiatrische Zumutbarkeitsschätzung geht, sondern um einen Betätigungsvergleich unter Berücksichtigung der konkreten Verhältnisse, wobei die psychiatrische Zumutbarkeitsschätzung beim Betätigungsvergleich selbstverständlich ebenfalls zu berücksichtigen ist, was vorliegend auch geschehen ist. Im Hauptgutachten vom 19. März 2021 wird hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin festgehalten, dass die Tätigkeit in einem Zwei-Personen-Haushalt ohne körperliche Schwerarbeit den vorliegenden Gegebenheiten angepasst sei. Dass es der Abklärungsfachfrau nicht möglich sein solle, gestützt auf das gutachterliche Zumutbarkeitsprofil einen Betätigungsvergleich durchzuführen, kann nicht nachvollzogen werden, zumal der Beschwerdeführerin bloss körperliche Schwerarbeit nicht zugemutet werden kann. Zwischen dem gutachterlichen Zumutbarkeitsprofil und der Beurteilung der Abklärungsfachfrau findet sich denn auch kein Widerspruch. Was die von der Beschwerdeführerin ins Feld geführten Diagnosen der Fatigue und der schweren Antriebsstörung betrifft, so ist auf das psychiatrische Teilgutachten vom 19. Januar 2021 zu verweisen: Zur Fatigue wird dort festgehalten, dass beim Beschwerdebild der Beschwerdeführerin die anhaltende somatoforme Schmerzstörung im Vordergrund stehe und sich die Frage nach dem psychiatrischen Fatigue Syndrom deshalb gar nicht stelle, zum Antrieb, dass dieser stark eingeschränkt gewesen und die ganze Persönlichkeit träge und auf ein Kümmerdasein reduziert sei, was in der Diagnose der Verbitterung Niederschlag gefunden habe. Die anhaltende Müdigkeit und der stark eingeschränkte Antrieb der Beschwerdeführerin wurden vom psychiatrischen Gutachter somit erkannt und in die Befunderhebung miteinbezogen. Anhaltspunkte für eine Fehleinschätzung des psychiatrischen Gutachters und in der Folge der Abklärungsfachfrau sind keine erkennbar. Die Rüge ist unbegründet.

#### **E. 7.5.2**

Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor, dass die Schadenminderungspflicht eindeutig überdehnt werde. Es sei dem voll erwerbstätigen Ehemann nicht zuzumuten gewesen, den Haushalt zu führen, und es sei ihm auch jetzt nicht zumutbar. Im Rahmen der Schadenminderungspflicht sind den versicherten Personen sämtliche Massnahmen zuzumuten, die ein vernünftiger Mensch in der gleichen Lage ergreifen würde, wenn er keinerlei Entschädigung zu erwarten hätte (zum Ganzen BGE 133 V 504 E. 4.2 m.w.H.). Für die im Haushalt tätigen versicherten Personen bedeutet dies, dass sie Verhaltensweisen zu entwickeln haben, welche die Auswirkungen der Behinderung im hauswirtschaftlichen Bereich reduzieren und ihnen eine möglichst vollständige und unabhängige Erledigung der Haushaltarbeiten ermöglichen. Kann die versicherte Person wegen ihrer Behinderung gewisse Haushaltarbeiten nur noch mühsam und mit viel höherem Zeitaufwand erledigen, so muss sie in erster Linie ihre Arbeit einteilen und die Mithilfe von Familienangehörigen

in Anspruch nehmen. Ein invaliditätsbedingter Ausfall darf bei im Haushalt tätigen Personen nur insoweit angenommen werden, als die Aufgaben, die nicht mehr erfüllt werden können, durch Drittpersonen gegen Entlohnung oder durch Angehörige verrichtet werden, denen dadurch nachgewiesenermassen eine Erwerbseinbusse oder doch eine unverhältnismässige Belastung entsteht. Die im Rahmen der Invaliditätsbemessung bei im Haushalt tätigen versicherten Personen zu berücksichtigende Mithilfe von Familienangehörigen geht daher weiter als die ohne Gesundheitsschädigung üblicherweise zu erwartende Unterstützung. Massgebend ist, wie sich eine vernünftige Familiengemeinschaft einrichten würde, wenn keine Versicherungsleistungen zu erwarten wären. Was die Schadenminderungspflicht der Beschwerdeführerin betrifft, so ist nochmals – siehe oben Ziff. 4.2 – auf die Diskrepanz hinzuweisen, die sich im Rahmen der ersten Haushaltsabklärung am 24. Juli 2018 zwischen der von der Beschwerdeführerin behaupteten Beeinträchtigung im Haushalt und den vom Abklärungsfachmann gemachten Feststellungen zu einem allfälligen Hilfebedarf ergibt. Während die Beschwerdeführerin angab, bei der Verrichtung häuslicher Arbeiten erheblich beeinträchtigt zu sein, stellte der Abklärungsfachmann fest, dass die Beschwerdeführerin bei der Vornahme der alltäglichen Lebensverrichtungen – diese sind von der Rechtsprechung in sechs Bereiche aufteilt worden: 1. An- und Auskleiden; 2. Aufstehen, Absitzen und Abliegen; 3. Essen, insbesondere Nahrung zerkleinern und zum Mund führen; 4. Körperpflege; 5. Verrichten der Notdurft; und 6. Fortbewegung (statt vieler BGE 127 V 94 E. 3.c S. 97– lediglich bei der Körperpflege – d.h. beim Duschen, da die Beschwerdeführerin beim Einseifen, Abspülen und Abtrocknen nicht an jede Stelle herankommt – auf Dritthilfe angewiesen ist. Im Übrigen könne die Beschwerdeführerin sämtliche alltäglichen Lebensverrichtungen selbstständig vornehmen. Dass es der Beschwerdeführerin angesichts ihrer Selbstständigkeit bei den alltäglichen Lebensverrichtungen nicht möglich sein soll, leichtere Haushaltsarbeiten wie die Zubereitung einer kleinen Mahlzeit, einfache Reinigungsarbeiten in der Küche (Tisch abwischen, Geschirrspüler ein- und ausräumen, kleinere Gegenstände versorgen), einfache Arbeiten bei der Wohnungspflege (Lüften, Staub abwischen, Aufräumen), kleinere Besorgungen in der nahen Umgebung (Brotkauf nach dem Hausarztbesuch) und einfache Arbeiten bei der Wäsche (Kleider sortieren und zusammenlegen) vorzunehmen, leuchtet nicht ein, zumal die Beschwerdeführerin die Haushaltsarbeit selbst einteilen und sich dementsprechend wenn immer nötig Ruhepausen gönnen kann. Eine Diskrepanz zwischen den subjektiven Äusserungen der Beschwerdeführerin und den Feststellungen der Abklärungsfachperson ergab sich auch anlässlich der zweiten Haushaltsabklärung am 17. Februar 2022. Während die Beschwerdeführerin angab, dass es ihr nicht mehr möglich sei, irgendeine Arbeit in der Küche zu verrichten, sie aufgrund der Osteoporose keine Pfanne mehr anheben könne, nicht einmal mehr eine kleine, stellte die Abklärungsfachfrau fest, dass die Beschwerdeführerin genügend Kraft in den Händen hatte, um mit den Krücken vom Schlafzimmer in die Küche zu gehen. Die Ergebnisse der Haushaltsabklärungen werden schliesslich auch durch die beiden polydisziplinären Gutachten der C.\_\_\_\_ gestützt, wonach der Beschwerdeführerin mit Ausnahme von körperlich schweren Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit im Haushalt von 50 % attestiert werden könne. Der Beschwerdeführerin ist es mit Blick auf ihre Schadenminderungspflicht somit ohne Weiteres zumutbar, leichte und mittelschwere Haushaltsarbeiten zu verrichten. Im Lichte dieser Erwägungen erhellt denn auch, dass der von den Familienangehörigen aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin zu tragende Aufwand im Haushalt – etwa das Zubereiten von

Mahlzeiten, der wöchentliche Grosseinkauf, die wöchentliche gründliche Reinigung von Küche, sanitären Anlagen und Böden sowie die wöchentliche Wäsche – das zumutbare und damit zulässige Mass nicht übersteigt. Dies gilt umso mehr, als die Beschwerdeführerin von 2015 bis Ende 2019 mit ihrem Ehemann und ihrer jüngsten, aber bereits erwachsenen Tochter einen Dreipersonenhaushalt bildete und die Haushaltsarbeit somit auf drei Personen verteilt werden konnte. Mit dem Auszug der jüngsten Tochter aus dem elterlichen Domizil Ende 2019 fiel zwar ihre Mithilfe im Haushalt weg, zugleich reduzierte sich jedoch auch der Haushaltsaufwand, da aus dem Drei- ein Zweipersonenhaushalt geworden war. Ende Februar 2021 ging der Ehemann der Beschwerdeführerin zudem in Rente, so dass die bis dahin bestehende Doppelbelastung aus Erwerbstätigkeit und Haushalt wegfiel. Unterstützung leisten schliesslich auch die nicht mehr im elterlichen Domizil lebenden Töchter sowie die Schwiegertöchter, indem sie für die Beschwerdeführerin und ihren Ehemann kochen oder sonstige Haushaltsarbeiten erledigen. Insgesamt ergibt sich somit, dass die Schadenminderungspflicht der Familienangehörigen und insbesondere des Ehemannes nicht überstrapaziert wird. Die Rüge ist unbegründet.

## **E. 7.6**

In ihrer Replik vom 2. August 2023 bringt die Beschwerdeführerin weitere Rügen im Zusammenhang mit den beiden Abklärungsberichten des Abklärungsdienstes der Beschwerdegegnerin vor. Wie im Folgenden gezeigt wird, sind auch diese unbegründet.

### **E. 7.6.1**

Die Beschwerdeführerin rügt, dass es rechtsfehlerhaft sei, wenn der psychiatrische Gutachter von einer 100%igen Haushaltsunfähigkeit ausgehe, hiervon jedoch 50 % abziehe, weil angeblich psychosoziale Umstände dafür verantwortlich seien. Diese rechtsfehlerhaft festgestellte Haushaltsunfähigkeit reduziere die Abklärungsfachfrau dann noch einmal ganz erheblich, was eine extreme Diskrepanz zur effektiven Haushaltsunfähigkeit von 100 % ergebe. Gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Invalidität ist demnach nicht gegeben, wenn die Erwerbsunfähigkeit nicht durch einen Gesundheitsschaden, sondern durch invaliditätsfremde Faktoren wie z.B. Alter, mangelnde Ausbildung, Verständigungsschwierigkeiten, reines Suchtgeschehen, soziokulturelle Umstände, Aggravation etc. verursacht wurde (Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [5. Revision], BBl 2005 4459, 4530, mit Hinweis auf BGE 127 V 294 E. 5.a sowie 107 V 17 E. 2.c; siehe auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_43/2023 E. 5). Gestützt auf den Verweis in Art. 8 Abs. 3 Satz 2 ATSG ist Art. 7 Abs. 2 ATSG sinngemäss auch auf Versicherte anwendbar, die in einem Aufgabenbereich tätig sind. Im psychiatrischen Teilgutachten vom 29. September 2017 werden als invaliditäts-fremde Faktoren vor allem soziokulturelle Gründe angeführt, welche die Haushaltsfähigkeit der Beschwerdeführerin offensichtlich beeinträchtigen. So werde im ganzen soziokulturellen Rahmen festgelegt, dass die Beschwerdeführerin krank sei, die Schonung eine Zustandsverbesserung bringe und alle Aufgaben auf die Familienmitglieder verteilt werden müssten. Die Beschwerdeführerin bleibe in ihrer [...] Ursprungskultur vollständig gefangen und habe soweit erkennbar nie die geringste Assimilationsleistung erbringen können. Die Überzeugung der Beschwerdeführerin, selbst kleinste Handreichungen nicht mehr ausführen zu können, sei zu einem guten Teil kulturell bedingt und damit sehr ausgeprägt in ihrem Wesen verwurzelt. Nebst soziokulturellen Faktoren können dem psychiatrischen Teilgutachten auch psychosoziale Faktoren wie die

abgebrochene Schulausbildung, die fehlende Berufsbildung, der Migrationshintergrund sowie Einsamkeit entnommen werden. Weiter sind auch die Inkonsistenzen zu berücksichtigen, die bei der psychiatrischen Begutachtung vom 21. September 2017 festgestellt wurden und auf ein aggravierendes Verhalten der Beschwerdeführerin – siehe hierzu auch Ziff. 5.6.2 unten – schliessen lassen. Im psychiatrischen Teilgutachten wird hierzu festgehalten, dass die Handlungsfähigkeit der Beschwerdeführerin kontextabhängig sehr stark variere und gewisse Fähigkeiten nicht immer angewendet würden. Es sei widersprüchlich, wenn die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Aussagen nicht in der Lage sein solle, den Tisch zu decken, gleichzeitig aber die Reise nach Bern zu ihrer Psychiaterin alleine bewältigen könne. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass das erste psychiatrische Teilgutachten vom zweiten psychiatrischen Teilgutachten vollumfänglich bestätigt wird. Insgesamt ergibt sich somit, dass hinsichtlich der Haushaltsunfähigkeit der Beschwerdeführerin zahlreiche invaliditätsfremde Faktoren vorliegen, die vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind. Dass deren Einfluss vom psychiatrischen Gutachter gleich hoch gewichtet worden ist wie jenen der invaliditätsbedingten Faktoren, ist als Ergebnis einer Gesamtwürdigung nicht zu beanstanden. Hinsichtlich der Rüge gegen die Einschätzung der Abklärungsfachfrau wird auf die Ausführungen unter Ziff. 5.5.1 oben verwiesen.

#### **E. 7.6.2**

Schliesslich bringt die Beschwerdeführerin vor, dass sich aus dem Mini-ICF-APP ihre Hilflosigkeit im Haushalt ergebe. Wer in einer Tätigkeit hilflos sei und diese nicht selber ausführen könne, der könne sie überhaupt nicht ausführen. Die Beschwerdeführerin bedürfte dauernder Begleitung und Betreuung, um die 50 % Haushaltstätigkeit effektiv zu erledigen. Beim Mini-ICF-APP-Rating handelt es sich um ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen im Rahmen psychiatrischer Begutachtungen. Im Verhältnis zur klinischen Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung kommt dem Mini-ICF-APP-Rating höchstens eine ergänzende Funktion zu (Urteil des Bundesgerichts 9C\_295/2021 E. 4.2.3 m.w.H.). Entscheidend ist somit nicht das Ergebnis des Mini-ICF-APP-Ratings, sondern die Gesamtbeurteilung des psychiatrischen Gutachters. Hinzu kommt, dass das im Rahmen der zweiten psychiatrischen Begutachtung erstellte Mini-ICF-APP-Rating – wie im psychiatrischen Teilgutachten vom 19. Januar 2021 ausdrücklich festgehalten wird – wesentlich durch die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin mitbestimmt wurde. Dieser Aspekt ist bei der Beurteilung des Ergebnisses des Mini-ICF-APP-Ratings miteinzubeziehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_561/2021 E. 4.3.2). Das Ergebnis des Mini-ICF-APP-Ratings kann deshalb nicht vorbehaltlos als richtig angesehen werden, sondern ist anhand des ärztlich beobachteten Verhaltens, der Feststellungen über die Konsistenz der gemachten Angaben sowie sonstiger Hinweise, die zur Annahme aggravierenden Verhaltens führen, auf seine Stringenz hin zu überprüfen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_149/2022 E. 6.1). Bei der Beschwerdeführerin konnten die Gutachter mehrfach aggravierendes Verhalten feststellen. So wird im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. I.\_\_\_\_ vom 29. September 2017 auf den Widerspruch hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Aussagen nicht in der Lage sein solle, den Tisch zu decken, gleichzeitig aber die Reise nach Bern zu ihrer Psychiaterin alleine bewältigen könne. Die Handlungsfähigkeit der Beschwerdeführerin variere kontextabhängig sehr stark und gewisse Fähigkeiten würden nicht immer angewendet. Im gastroenterologischen Teilgutachten von Dr. H.\_\_\_\_ vom 4. Oktober 2017 wird festgehalten, dass bei der

Handpalpation des Abdomens eine diffuse Druckdolenz aufgefallen sei, während bei der tiefen Ultraschallkopfpalpation keine Abwehrreaktion festzustellen gewesen sei. Im rheumatologischen Teilgutachten von Dr. G.\_\_\_\_ vom 7. Oktober 2017 wird das massive, dysfunktional anmutende, groteske Schmerzverhalten der Beschwerdeführerin in der Untersuchungssituation mit durchwegs positiver Waddell-Testung erwähnt. Im rheumatologischen Teilgutachten von Dr. G.\_\_\_\_ vom

#### **E. 7.7**

Zusammenfassend ergibt sich, dass beide Abklärungsberichte überzeugend ausgefallen sind und den aus medizinischer Sicht festgestellten Einschränkungen der Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung der im Haushalt bedeutsamen Schadenminderungspflicht der Familienangehörigen angemessen Rechnung tragen. Hinsichtlich der Invaliditätsbemessung im Haushalt kann somit vollumfänglich auf die beiden Abklärungsberichte abgestellt werden. Diesen kommt volle Beweiskraft zu. Der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin beträgt gemäss dem ersten Abklärungsbericht 13 % und steigt ab August 2018 infolge des Beginns der beruflichen Ausbildung der jüngsten Tochter und der damit einhergehenden geringeren Mithilfe im Haushalt auf 18 %. Dem zweiten Abklärungsbericht zufolge beträgt der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin 26 %. Da wie schon im ersten Abklärungsbericht kein rentenbegründender Invaliditätsgrad erreicht wird, kann der Zeitpunkt offengelassen werden, ab wann der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin 26 % erreicht hat. 8. Aus der Gegenüberstellung der Stellungnahme des RAD vom 23. Juni 2014 einerseits und der beiden polydisziplinären Gutachten der C.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2018 und 19. März 2021 andererseits erhellt, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der ablehnenden Erstverfügung von 2014 in einem Mass verändert hat, das eine neuerliche materielle Prüfung des von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Rentenanspruchs ohne Weiteres rechtfertigt. Insofern hat die Beschwerdegegnerin zu Recht geprüft, ob hinsichtlich des aktuellen medizinischen Sachverhalts eine rentenbegründete Invalidität bei der Beschwerdeführerin vorliegt. Eine solche ist angesichts der Ergebnisse der beiden polydisziplinären Gutachten der C.\_\_\_\_ und der Haushaltsabklärungen der Beschwerdegegnerin jedoch zu verneinen. Bei der Beschwerdeführerin lag zu keinem Zeitpunkt eine rentenbegründende Invalidität vor. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. Hinsichtlich der Verfahrenskosten ergibt sich hieraus Folgendes: 8.1 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 8.2 Laut 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.

#### **E. 9**

Juli 2019 und 12. Mai 2020 sowie auf eine Computertomographie des Gehirnschädels vom 1. Oktober 2020 beziehen. Im rheumatologischen Teilgutachten vom 13. Januar 2021 werden unter Ziff. 4.3.3.2 die bildgebenden Befunde aufgelistet, die anlässlich der rheumatologischen Begutachtung eingesehen wurden, darunter Röntgenbilder der Schulter rechts vom 24. Januar 2020, Röntgenbilder des Ellbogen rechts vom 26. Mai 2020, Röntgenbilder des Knie rechts vom 23. Juni 2020, Röntgenbilder des Fusses rechts vom 15. Oktober 2020 sowie eine Computertomographie der Lendenwirbelsäule vom 26. November

2020. Im Rahmen der pneumologischen Begutachtung der Beschwerdeführerin vom 15. Januar 2021 wurde eine Röntgenuntersuchung des Thorax, eine Polygraphie, eine Bodyplethysmographie und eine FeNO-Messung durchgeführt, im Rahmen der kardiologischen Begutachtung vom 19. Januar 2021 ein Ruhe-EKG, eine Ergometrie sowie eine Echokardiographie. Dass das Verlaufsgutachten auf veralteten Bildgebungen beruhe, ist somit offensichtlich unzutreffend. Zu ergänzen ist schliesslich, dass sich auch aufgrund der Untersuchungen der Gutachter keine Notwendigkeit für weitere Bildgebungen ergab, insbesondere nicht hinsichtlich der Gelenke, wie die Beschwerdeführerin in ihrer Rüge vorbringt. So wird im rheumatologischen Gutachten festgehalten, dass sich im peripheren Gelenkstatus der Beschwerdeführerin keine arthritistypischen Befunde im Sinne einer Schwellung, Überwärmung, Rötung oder einer relevanten Funktionseinschränkung fanden. Diesem Ergebnis entspricht auch der von der Beschwerdeführerin beigebrachte Bericht der P. \_\_\_ vom 14. September 2022, wonach sich weder anamnestisch noch klinisch noch sonographisch Hinweise auf eine entzündliche Aktivität in den Knien und in der Wirbelsäule ergeben hätten. Die Rüge der Beschwerdeführerin ist unbegründet.

#### **E. 10**

%, Wäsche und Kleiderpflege 10 %) als auch die Einschätzung der invaliditätsbedingten Einschränkungen der Beschwerdeführerin (Ernährung 15 %, Wohnungspflege 10 %, Einkauf und weitere Besorgungen 0 %, Wäsche und Kleiderpflege 25 %) werden vom Abklärungsfachmann eingehend und nachvollziehbar begründet, wobei auch die familiären Verhältnisse und die Möglichkeiten der familieninternen Mithilfe im Haushalt durch den Ehemann und die jüngste Tochter miteinbezogen und gewürdigt werden.

#### **E. 13**

Januar 2021 wird festgehalten, dass sich die Beschwerdeführerin bei der Anamneseerhebung und während der Untersuchung zwar kooperativ verhalten habe, jedoch erhebliche Diskrepanzen hinsichtlich Funktionseinschränkungen und Behinderung des Achsenorgans und der peripheren Gelenke innerhalb und ausserhalb der gezielten Untersuchungssituation gezeigt hätten. In der Untersuchungssituation sei jeweils ein ausgesprochen dysfunktionales und grotesk anmutendes Schmerzverhalten der Beschwerdeführerin aufgefallen. Sämtliche Bewegungen seien von Stöhnen und Grimassieren begleitet und im Zeitlupentempo durchgeführt worden. Diskrepanz hierzu habe sich die Beschwerdeführerin ausserhalb der gezielten Untersuchungssituation unbehindert und ohne Hilfe, wenn auch langsam und kontrolliert, auf die Liege setzen, von da auf den Rücken abliegen und am Schluss auch auf den Bauch wenden können. Auch beim Entkleiden und Ankleiden habe sich die Beschwerdeführerin unbehindert bewegen können. Relevante Einschränkungen bzw. Behinderungen seien ausserhalb der gezielten Untersuchungssituation nicht zu beobachten gewesen. Zudem ist gemäss Gutachten auch die Waddell-Testung wieder durchwegs positiv ausgefallen. Im endokrinologischen Teilgutachten von Dr. L. \_\_\_ vom 8. Februar 2022 wird festgehalten, dass bei der Beschwerdeführerin der Verdacht auf ein durch die beiden Amerikanerstöcke symbolisiertes appellatives, ungerechtfertigtes «Invalidengehabe» nicht sicher auszuschliessen sei. Im Hauptgutachten vom 19. März 2021 wird schliesslich festgehalten, dass die wesentliche Inkonsistenz bei der Begutachtung der Beschwerdeführerin aus der Diskrepanz zwischen vielen, oft nicht präzisierbaren Beschwerden und den wenigen pathologischen Befunden bei klarer Verdeutlichungstendenz bestehe. Angesichts des von den Gutachtern festgestellten aggravierenden Verhaltens der Beschwerdeführerin ist die

Einschätzung einer 50%-Arbeitsfähigkeit im Haushalt gemäss den beiden Hauptgutachten vom 15. Januar 2017 und 19. März 2021 nicht zu beanstanden.

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