

# **SO\_GERICHTE VSBES.2023.86 vom 3. März 2023**

SO Obergericht, 2023-03-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2023.86](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.86)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2023.86 du 3 mars 2023

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2023.86 del 3 marzo 2023

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 3. März 2023 sei vollumfänglich aufzuheben.

### **E. 1.2**

hiervor) verfasst wurde. Zudem bezog sich Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_ im Bericht auf die Anfrage des Vertreters der Beschwerdeführerin vom 4. April 2023. Unter diesen Umständen ist nicht nachvollziehbar, weshalb Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_ die Befunde, Diagnosen und Fragestellungen exakt auf das Datum der angefochtenen Verfügung vom 3. März 2023 zurückdatiert hat. Der gutachterliche Bericht vermag indes auch inhaltlich nicht zu überzeugen. So werden bspw. die ausgewiesenen Diagnosen nicht in nachvollziehbarer und überzeugender Weise hergeleitet. Dem Bericht ist z.B. nicht zu entnehmen, auf welchen Laborbefunden die darin ausgewiesene – und damit den bisherigen ärztlichen Berichten widersprechende und in diesen nicht ausgewiesene – Diagnose eines «autoimmunen hepatischen Overlap-Syndroms aus primär biliärer Cholangitis (PBC) und autoimmune Hepatitis (AIH)» beruht. Ein entsprechender Befundbericht ist in den vorliegenden Akten nicht enthalten. Somit kann die im gutachterlichen Bericht gestellte Diagnose eines autoimmunen, hepatischen Overlap-Syndroms nicht nachvollzogen werden. Es kommt hinzu, dass im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung des polydisziplinären Gutachtens der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ vom 26. April 2021 u.a. festgehalten wurde, dass es nach der Fibroscan-Untersuchung mit hochgradigem Verdacht auf eine Leberzirrhose und endoskopischem Ausschluss von Ösophagusvarizen im Verlauf unter Ursodeoxycholsäure zu einer Verbesserung der Leberwerte gekommen sei, wobei die Lebersynthese immer normal gewesen sei und zu keinem Zeitpunkt Zeichen einer hepatischen Dekompensation aufgetreten seien (IV-Nr. 51.1 S. 5). Wie bereits unter E. II. 5.1 hiervor dargelegt, stellte der internistische Gutachter Dr. med. F.\_\_\_\_ diesbezüglich fest, es gebe bei der Beschwerdeführerin keine Anhaltspunkte für die Hashimoto-Thyreoiditis, ein solitäres Raynaud-Syndrom, oder rheumatoide Arthritiden. Aufgrund dieser Ausführungen kann der Einschätzung von Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_, wonach das autoimmune, hepatische Overlap-Syndrom bereits seit 2018 mit Ursodeoxycholsäure behandelt werde und diese wesentliche Information Dr. med. H.\_\_\_\_ zum Zeitpunkt seines Gutachtens nicht vorgelegen habe, nicht gefolgt werden. Die von Dr. med. H.\_\_\_\_ empfohlene Abklärung eines möglichen Overlap-Syndromes wurde in der Folge gemacht, wobei das Vorliegen eines Overlap-Syndroms verneint wurde (vgl. Bericht vom 4. Juli 2021, IV-Nr. 66 S. 2). Mit diesem Bericht setzte sich Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_ jedoch gar nicht auseinander. Damit kann der Kritik von Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_ am gastroenterologischen Gutachten nicht gefolgt werden. Ähnlich verhält es sich in Bezug auf die durch ihn zur Bemessung der Fatigue ins Feld geführten Validierungs-Scores (Fatigue Severity Score oder Short Form 36, S. 2). So bemängelt er zwar, dass Dr. med. H.\_\_\_\_ keiner dieser Validierungs-Scores angewendet

habe, benutzt diese aber in seinem eigenen Bericht ebenfalls nicht. Dies, obwohl er von einer «invalidisierenden Fatigue» ausging. Insgesamt wird der Beweiswert des gastroenterologischen Teilgutachtens durch die nachfolgenden medizinischen Akten nicht verringert. 5.4.3 Wie nachfolgend darzulegen ist, vermögen die Rügen der Beschwerdeführerin den grundsätzlichen Beweiswert des gastroenterologischen Gutachtens nicht in Frage zu stellen: Die Beschwerdeführerin bringt vor, dass der gastroenterologische Gutachter bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von «circa» 50 %» spreche (A.S. 24). Daraus lässt sich entgegen der Meinung der Beschwerdeführerin jedoch keine Schmälerung des Beweiswertes des gastroenterologischen Teilgutachtens ableiten. Diese Formulierung ist vielmehr ein Hinweis darauf, dass der gastroenterologische Gutachter die zumutbare Arbeitsfähigkeit nicht exakt festlegen konnte, was er durch den Zusatz «circa» offenlegt und damit transparent macht. Daraus lässt sich keine Verringerung des Beweiswertes ableiten. In Bezug auf das weitere Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach im Rahmen des Schlussberichts betreffend die durchgeführten Eingliederungsmassnahmen durch den Coach festgehalten worden sei, ein Arbeitspensum von 40 % sei das höchstmögliche Belastungsmaximum (A.S. 25 f.), kann darauf hingewiesen werden, dass die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung in erster Linie durch die Ärzte und nicht durch die Eingliederungsfachleute auf der Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistung zu beantworten ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_801/2018 vom 13. Februar 2019 E. 4.3 mit Hinweis). Damit läuft dieses Vorbringen ins Leere. 5.4.4 Somit ist das gastroenterologische Teilgutachten voll beweiswertig. 5.5 Die im psychiatrischen Teilgutachten vom 25. März 2021 (IV-Nr. 51.5) von Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gestellten Diagnosen einer «rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0)» und einer «Dysthymia (ICD-10 F34.1)» leuchten gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen ein. So legte der Gutachter zum einen dar, die Beschwerdeführerin berichte über eine schon seit der Jugend bestehende, durchgehende mässig ausgeprägte Depressivität. Sie sei immer etwas traurig, pessimistisch gewesen und habe auch schon immer an Selbstzweifel gelitten. Laut plausibler Einschätzung des psychiatrischen Gutachters ergebe sich hier am ehesten das Bild einer chronischen Depressivität im Sinne einer Dysthymia (ICD-10 F43.1). Der Gutachter legte im Weiteren dar, dass es gemäss den Unterlagen und anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin 2016 / 2017 im Sinne einer Double Depression offensichtlich zu einer depressiven Episode gekommen sei und sich ab November 2020 eine erneute, vom Schweregrad her leichte, depressive Episode entwickelt und ab 8. März 2021 zur Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Diese Ausführungen leuchten gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin im Rahmen der gutachterlichen Exploration ein. Dort führte sie aus, wegen der deutlich verstärkten leichten depressiven Verstimmung 2016 / 2017 bereits ein halbes Jahr bis Dreivierteljahr bei Dr. med. P.\_\_\_\_ in Behandlung gewesen zu sein (S. 3). Weiter gab sie an, dass sich die Depression vor einigen Monaten, circa seit November 2020, wieder verstärkt habe und sie seit 8. März 2020 zu 50 % krankgeschrieben sei (S. 4). Dr. med. O.\_\_\_\_ stellte in diesem Zusammenhang die Diagnose einer «rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0)», wobei er in Bezug auf den Schweregrad darlegte, dass bei der Beschwerdeführerin kein Verlust von Interesse und Freude vorliege und sie auch in der Schwingungsfähigkeit nicht eingeschränkt sei. Diese gutachterliche Beurteilung stimmt mit den bei der gutachterlichen Exploration erhobenen Befunden und Angaben der Beschwerdeführerin überein und ist

daher nachvollziehbar und schlüssig. So wurde in Bezug auf die Affektivität u.a. festgehalten, die Grundstimmung zeige sich leicht zum depressiven Pol verschoben, es bestehe keine Interessenlosigkeit und die affektive Schwingungsfähigkeit sei nicht beeinträchtigt (S. 7). Die Beschwerdeführerin gab zudem an, sie habe mit dem Ehemann eine gute und stabile Beziehung, zu ihrem in [...] lebenden Sohn guten Kontakt. Ausserhalb der Familie habe sie zwei Kolleginnen, mit denen sie jetzt in der Corona-Zeit aber im Wesentlichen nur per WhatsApp und Telefon Kontakt habe. In der Freizeit lese sie (etwa eine Stunde am Tag), mache ab und zu einen Spaziergang und sehe fern. Zudem fahre sie kürzere Strecken mit dem Auto. Bis vor eineinhalb Jahren habe sie Zumba getanzt, was aber zu sehr auf die Kniegelenke gegangen sei (S. 4 f.). Aus diesen Angaben kann geschlossen werden, dass die Beschwerdeführerin über soziale Kontakte verfügt und in ihrer Freizeit Hobbies bzw. Aktivitäten nachgeht. Der psychiatrische Gutachter ging sodann auf die von der Beschwerdeführerin beklagte, vermehrte Erschöpfbarkeit ein (S. 3). Dabei führte er in schlüssiger und überzeugender Weise aus, die beschriebene vermehrte Erschöpfbarkeit sei zum Teil auf die depressive Störung zurückzuführen, dadurch aber allein nicht zu erklären. So würden die Dysthymia und die leichte depressive Episode zwar zur Erschöpfbarkeit beitragen, seien aber nicht die alleinige Ursache für Erschöpfungsgefühle, nachlassende Konzentration nach drei Stunden geistiger Anstrengung oder auch erhöhter Erschöpfbarkeit im Rahmen vermehrter Hausarbeit. Da die Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang auf eine Lebererkrankung hinweise, leuchtet der diesbezügliche Verweis des psychiatrischen Gutachters auf das internistische Gutachten, in welchem eine genaue Einordnung erfolge, ein (S. 8). Auch die durch den psychiatrischen Gutachter weiter diagnostizierte «Zwangsstörung, vorwiegend Zwangshandlungen (ICD-10 F42.1)» vermag aufgrund der durch die Beschwerdeführerin geschilderten Routinehandlungen zu überzeugen. So gab die Beschwerdeführerin bspw. an, beim Händewaschen ein System zu haben. Sie könne nach dem Händewaschen nicht zuerst fernsehen und dann an den Kleiderschrank gehen, um dort ein Kleidungsstück herauszuholen. Dies sei nur umgekehrt möglich. Wenn sie längere Zeit Fernsehen geschaut habe, könne sie nicht an den Kleiderschrank gehen, sie müsse sich zunächst die Hände waschen. Zudem leide sie unter Zählzwängen. Wenn sie z.B. Gummibären esse, könne sie nur drei, fünf, sieben oder eine ungerade Zahl essen, aber nicht eine gerade Zahl. Zudem putze sie manchmal auch zu viel, obwohl es unsinnig sei, komme aber nicht dagegen an. Den Zeitaufwand dafür schätze sie nicht als gross ein, im Alltag sei sie dadurch jedenfalls nicht beeinträchtigt. Die Problematik trete nur zu Hause auf, am Arbeitsplatz habe sie überhaupt keine Probleme irgendetwas zu berühren etc. Nur wenn sie ihre private Tasche von zu Hause mitnehme, müsse sie aufpassen, wie sie damit umgehe. Dann könne eine Zwangssymptomatik auftreten (S. 3).

5.5.1 Eingehend auf zeitlich vor der psychiatrischen Beurteilung von Dr. med. O.\_\_\_\_ vom 23. März 2021 verfassten medizinischen Berichte ergibt sich Folgendes: Im Überweisungsschreiben von Dr. med. K.\_\_\_\_, Praktischer Arzt FMH, vom 23. Januar 2019 (IV-Nr. 12) wird unter dem Titel «übrige Probleme / persönliche Anamnese» ein «Verdacht auf eine reaktive erneute Depressions-Episode seit Ende 2018 mit / bei ausgeprägter Verunsicherung durch Neudiagnose PBC und chronisch-intermittierende Depression (ED 2016, Psychotherapie Dr. med. P.\_\_\_\_ 2016 – 2017, zuweilen mit fraglichen Zwangsstörungen [...])» ausgewiesen. Diesbezüglich hielt der psychiatrische Gutachter Dr. med. O.\_\_\_\_ in korrekter Weise fest, es handle sich hierbei zwar um ein nicht-psychiatrisches Dokument, die genannten Diagnosen passten aber durchaus (zumindest grob) zur aktuellen psychiatrischen

Einschätzung (IV-Nr. 51.5 S. 9). Dieser Beurteilung kann gefolgt werden. So handelt es sich bei Dr. med. K.\_\_\_\_ nicht um eine auf das medizinische Fachgebiet der Psychiatrie spezialisierte Fachperson, weshalb ihrer psychiatrischen Diagnosestellung kaum Beweiswert zukommt. Dennoch stimmt die durch Dr. med. K.\_\_\_\_ ausgewiesene Verdachtsdiagnose einer reaktiven erneuten Depressions-Episode mit der von Dr. med. O.\_\_\_\_ gestellten «rezidivierenden depressiven Störung» überein. Folglich steht dieser Bericht den beweismässigen Einschätzungen im psychiatrischen Teilgutachten nicht entgegen. Ähnlich verhält es sich auch in Bezug auf den Verlaufsbericht vom 31. Juli 2019 von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, in welchem eine depressive Episode ausgewiesen wird (IV-Nr. 35.4 S. 7 ff.). Da es sich bei Dr. med. G.\_\_\_\_ um einen auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinmedizin spezialisierten Facharzt handelt, ist er nicht in gleichem Masse kompetent, eine psychiatrische Diagnose zu stellen, wie dies bei einer auf das medizinische Fachgebiet der Psychiatrie spezialisierten Fachperson der Fall ist. Es kommt hinzu, dass Dr. med. G.\_\_\_\_ darauf hinwies, die Beschwerdeführerin nicht persönlich zu kennen, sondern den Bericht anhand von Aufzeichnungen ausgefüllt zu haben (IV-Nr. 35.4 S. 4). Trotzdem steht seine ausgewiesene Diagnose derjenigen von Dr. med. O.\_\_\_\_ nicht entgegen. Folglich wird der Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens durch den Bericht vom 31. Juli 2019 nicht geschmälert.

5.5.2 Wie nachfolgend darzulegen ist, vermögen auch die zeitlich nach dem psychiatrischen Teilgutachten vom 25. März 2021 erstatteten medizinischen Akten dessen Beweiswert nicht zu schmälern: So stimmt die Einschätzung des die Beschwerdeführerin behandelnden Gastroenterologen Dr. med. N.\_\_\_\_, FMH Gastroenterologie und Hepatologie, wonach die Beschwerdeführerin aufgrund der primär biliären Cholangitis mit zirrhotischem Umbau der Leber eine ausgeprägte Müdigkeit ausweise mit den gutachterlichen Einschätzungen von Dr. med. O.\_\_\_\_ überein. So führte dieser – wie bereits dargelegt (vgl. E. II. 5.5 hiervor) – aus, die beschriebene vermehrte Erschöpfbarkeit sei zum Teil auf die depressive Störung zurückzuführen, dadurch aber allein nicht zu erklären. Somit ging er implizit davon aus, dass in Bezug auf die Erschöpfbarkeit auch andere Einflüsse eine Rolle spielten. In Bezug auf die im Bericht vom 5. Dezember 2021 durch Dr. med. N.\_\_\_\_ weiter ausgewiesene Diagnose von «rezidivierenden depressiven Störungen, DD sekundär im Rahmen von Diagnose 1 (primär biliäre Cholangitis mit fortgeschrittener Fibrosierung / Zirrhose (ED 2008))» kann festgehalten werden, dass es sich bei Dr. med. N.\_\_\_\_ nicht um einen auf das psychiatrische Fachgebiet, sondern um einen auf die medizinischen Fachgebiete der Gastroenterologie und Hepatologie spezialisierten Facharzt handelt und daher seiner psychiatrischen Diagnosestellung kaum Bedeutung beigemessen werden kann. Dennoch ist im Vergleich zur Diagnosestellung von Dr. med. O.\_\_\_\_ kein Unterschied festzustellen. So ging auch er hauptsächlich von einer «rezidivierenden depressiven Störung» aus. Einzugehen ist im Wesentlichen auf den Arztbericht des die Beschwerdeführerin seit 15. April 2016 behandelnden Psychiaters Dr. med. P.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 14. Januar 2022 (IV-Nr. 78). Er stellte «rezidivierende depressive Episoden mittleren Grades, unvollständige Remission (ICD-10 F33.1)» als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest und wies «akzentuierte Persönlichkeitszüge mit Zwangs- und Angstkomponente (ICD-10 Z73.1)» aus. Diese Diagnosestellungen stehen denjenigen von Dr. med. O.\_\_\_\_ («rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode [ICD-10 F33.0]; Dysthymia [ICD-10 F34.2]; Zwangsstörung, vorwiegend Zwangshandlungen [ICD-10 F42.1]») nicht entgegen. Eine diagnostische Abweichung besteht einzig in Bezug auf den ausgewiesenen Schweregrad der

depressiven Episoden. So ging Dr. med. P.\_\_\_\_ von einer mittelgradigen und Dr. med. O.\_\_\_\_ von einer leichten Episode aus. Das Vorliegen eines mittelgradigen Schweregrades lässt sich aus dem Arztbericht von Dr. med. P.\_\_\_\_ indes nicht in nachvollziehbarer Weise herleiten. So wird unter dem Titel «ausführliche objektive Befunde [...]» Folgendes festgehalten: Depressiv und antriebsarm wirkende Frau mit sehr blassem Teint, die im längeren Gesprächsverlauf deutlich zu ermüden scheine. Bringe Klagen nur sehr zurückhaltend vor, fühle sich herumgeschubst und abgewertet, möge sich aber nicht wehren (IV-Nr. 78 S. 4). Somit beruht die Einschätzung eines mittelgradigen Schweregrades einzig auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und den subjektiven Eindrücken des behandelnden Psychiaters. Es kommt hinzu, dass in Bezug auf den Bericht von Dr. med. P.\_\_\_\_ auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, wonach Hausärzte und behandelnde Fachärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifelsfall mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470, 125 V 341 E. 3a/cc S. 353). In diesem Sinn hielt auch Dr. med. B.\_\_\_\_, RAD, in ihrer Stellungnahme vom 12. Mai 2022 (IV-Nr. 82 S. 2 ff.) fest, die Befunde / Beobachtungen des behandelnden Psychiaters im Bericht vom 14. Januar 2022 erlaubten keine bzw. keine andere Beurteilung des Schweregrades der depressiven Episode, als die gutachterliche Beurteilung. Dem diesbezüglichen Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach in Diskrepanz zu den Ausführungen des psychiatrischen Teilgutachters von einer mindestens mittelgradigen depressiven Störung auszugehen sei (A.S. 28 f.), kann somit nicht gefolgt werden. Folglich vermögen die zeitlich nach dem psychiatrischen Teilgutachten verfassten psychiatrischen Berichte dessen Beweiswert nicht zu schmälern.

5.5.3 Da der psychiatrische Gutachter Dr. med. O.\_\_\_\_ zum Schluss gelangte, dass bei der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht sowohl in ihrer bisherigen als auch in einer optimal adaptierten Tätigkeit eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit vorliege, ist im Weiteren zu prüfen, ob diese Einschätzung im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung ebenfalls zu überzeugen vermag. Grundsätzlich sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418). Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss dem Urteil BGE 141 V 281 soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern – wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung – besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 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) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich kann auf die gutachterlichen Ausführungen (vgl. E. II. 5.5 hiervor) verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass insgesamt von einer leichtgradigen Ausprägung der gestellten Diagnosen auszugehen ist. Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, dass psychotherapeutische Massnahmen stattfänden, eine psychopharmakologische Medikation indes nicht erfolge. Es werde empfohlen, die kürzlich begonnene erneute ambulante psychiatrische Behandlung fortzuführen und es werde geschätzt, dass innerhalb von zwei bis drei Monaten wieder eine Arbeitsfähigkeit von 100 % erreicht werden könne (rein psychiatrisch betrachtet, IV-Nr. 51.6 S. 1). Es kann somit davon ausgegangen werden, dass die Fortsetzung der aktuellen psychiatrischen Behandlung zu einer Besserung des Beschwerdebildes und damit auch zu einem Eingliederungserfolg führt. 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, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, 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 am Ende S. 430). Im vorliegenden Gutachten wurden keine Wechselwirkungen der diagnostizierten Komorbiditäten genannt. Zur Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) 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 zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Diesbezüglich hält der psychiatrische Gutachter fest, die Beschwerdeführerin habe ausserhalb der Familie zwei Kolleginnen, mit denen sie jetzt in der Corona-Zeit v.a. per WhatsApp und Telefon Kontakt habe. Sie habe zudem einen 28jährigen Sohn, der in [...] lebe und zu dem sie guten Kontakt habe. Mit ihrem Ehemann führe die Beschwerdeführerin eine gute und stabile Beziehung. Sie lebten in einer 3.5-Zimmer-Wohnung. Die finanzielle Situation sei insgesamt in Ordnung, aber inzwischen etwas eng, da sich das Einkommen der Beschwerdeführerin aufgrund der Penumra-Reduktion verringert habe (S. 4 f.). Im Oktober 2020 sei sie zehn Tage in [...]

gewesen und habe ihre Eltern besucht, An- und Abreise seien mit dem Auto erfolgt. Zusammenfassend liegen demnach bei der Beschwerdeführerin positive soziale und persönliche Ressourcen vor. So nannte der psychiatrische Gutachter als Ressourcen denn auch die abgeschlossene Berufsausbildung, den vorhandenen Arbeitsplatz und den stabilen familiären Hintergrund und führte die etwas enge finanzielle Situation als Belastungsfaktor auf (S. 9). Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermaßen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Diesbezüglich ist auf das vorgehend unter der Kategorie «funktioneller Schweregrad» Gesagte zu verweisen. Daraus sind nur wenige Einschränkungen ersichtlich. Das Vorliegen einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus ist demnach nicht gegeben. Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich kann auf das vorgehend in der Kategorie «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» Gesagte verwiesen werden, weshalb diesbezüglich von einem relativ geringen Leidensdruck auszugehen ist.

5.5.4 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Teilgutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen damit als erstellt. Zusammenfassend vermag somit gestützt auf die eingehende Befunderhebung (vgl. IV-Nr. 51.5 S. 6 f.) und die darauf gründende einleuchtende Begründung der Diagnosestellung (vgl. E. II. 5.5 hiervor) sowie die vorangehende Indikatorenprüfung die gutachterliche Einschätzung zu überzeugen, wonach bei der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht sowohl in der bisherigen als auch einer optimal angepassten Tätigkeit eine Einschränkung von 20 % vorliege und innerhalb von zwei bis drei Monaten wieder von einer ganzen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei (vgl. IV-Nrn. 51.5 S. 11 und 51.6 S. 1). Der Gutachter stützte sich dabei auch auf die medizinischen Vorakten, wonach bei zunehmender Depressivität ab November ab dem 8. März 2021 eine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde. Die zusätzliche Arbeitsunfähigkeit ab 8. März 2021 habe gemäss dem psychiatrischen Gutachter einen psychiatrischen Hintergrund in dem Sinne, dass seit diesem Datum von einer psychiatrisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von 20 % auszugehen sei bzw. die Arbeitsfähigkeit seitdem, rein psychiatrisch betrachtet, 80 % betrage.

5.5.5 Aus dem gegen das psychiatrische Teilgutachten gerichteten Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach die anderen Teilgutachter die psychische Problematik schwergradiger dargestellt hätten als der psychiatrische Gutachter selbst (A.S. 29), vermag sie nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. So handelt es sich bei den übrigen Gutachtern um Fachärzte, welche auf die somatischen medizinischen Fachgebiete der Allgemeinmedizin, Neurologie, Gastroenterologie und Rheumatologie spezialisiert sind und daher nicht in gleichem Masse kompetent sind, psychiatrische Einschätzungen vorzunehmen wie dies beim Psychiater und Psychotherapeut Dr. med. O. \_\_\_ der Fall ist. Zudem floss die Beurteilung und

Diagnosestellung des psychiatrischen Gutachters Dr. med. O.\_\_\_\_, der von einem «leichten» Schweregrad der depressiven Episode ausging, in die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (vgl. IV-Nr. 51.1 S. 5 ff.) mit ein und wurde in diesem Rahmen ebenfalls bestätigt. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters durch die übrigen Gutachter mitgetragen wird.

5.5.6 Dem psychiatrischen Teilgutachten kommt voller Beweiswert zu.

5.6 Eingehend auf das von der Beschwerdeführerin gegen das polydisziplinäre Gutachten gesamthaft vorgebrachte Argument, wonach dieses ohnehin beweisuntauglich sei, da keine neuropsychologische Testung durchgeführt worden sei (A.S. 31 f.), kann gestützt auf die vorliegenden Akten Folgendes festgehalten werden: Der Beschwerdeführerin wurde mit Mitteilung vom 5. August 2020 (IV-Nr. 37) zunächst die Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung unter voraussichtlichem Einbezug der medizinischen Fachrichtung der Neuropsychologie in Aussicht gestellt. Anschliessend wurden der Beschwerdeführerin am 13. Januar 2021 (IV-Nr. 43) die Fachrichtungen und Namen der Gutachterpersonen sowie die Gutachterstelle mitgeteilt. Die Durchführung einer neuropsychologischen gutachterlichen Untersuchung findet sich auf dieser Mitteilung nicht (mehr). Eine solche wurde von der Beschwerdeführerin im Anschluss an diese Mitteilung auch nicht verlangt. Jedenfalls ist in den vorliegenden Akten kein entsprechendes Begehren dokumentiert. Es ist somit davon auszugehen, dass im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung durch die Gutachterstelle C.\_\_\_\_ keine neuropsychologische Abklärung vorgesehen war. Da sich weder im Verlauf der Begutachtung noch gestützt auf die medizinischen Vorakten ein Hinweis auf die Notwendigkeit einer neuropsychologischen Untersuchung ergeben, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin darauf verzichtet hat. Die Beschwerdeführerin bringt zudem vor (A.S. 32), im Rahmen des Gutachtens seien die fallspezifischen Fragen (IV-Nr. 39) nicht beantwortet worden, namentlich jene im Zusammenhang mit den Bereichen Haushalt / Teilerwerbstätigkeit (S. 4). Auch die Einschränkungen in der Haushaltsführung seien nicht beziffert und allfällige Wechselwirkungen zwischen Haushalt und Erwerb nicht adäquat berücksichtigt worden. Daher sei das Gutachten beweisuntauglich. Diesbezüglich ist sämtlichen Einzelgutachten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin angegeben habe, die Hausarbeiten in Etappen, mit den notwendigen Pausen und der Hilfe ihres Ehemannes zu erledigen (IV-Nrn. 51.2 S. 10, 51.3 S. 4, 51.7 S. 5). Dies bestätigte sie sodann auch im Fragebogen vom 1. Juli 2021 (IV-Nr. 51.9 S. 2 ff.), indem sie angab, bei Haushaltsarbeiten eingeschränkt zu sein und durch den Ehemann Hilfe zu bekommen. Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, dass sich die Gutachterpersonen die Fragen zu Einschränkungen in der Haushaltsführung nicht explizit beantwortet haben.

5.7 Insgesamt erweist sich das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ vom 26. April 2021 als voll beweiswertig. Es ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 3. März 2023 aus medizinischer Sicht auf dieses abgestellt hat. In diesem Sinn hielt Dr. med. B.\_\_\_\_, RAD, in ihrer Stellungnahme vom 29. April 2021 (IV-Nr. 54) fest, es könne für die Beurteilung des Leistungsanspruchs auf das Gutachten abgestützt werden. Demgegenüber kann nicht unbesehen auf die im Gutachten attestierte Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin abgestellt werden. Denn die Gutachterpersonen haben bei der entsprechenden Beurteilung den Umstand unberücksichtigt gelassen, wonach es sich bei der durch die Beschwerdeführerin bisher ausgeübten Tätigkeit als Verwaltungsmitarbeiterin bereits um eine adaptierte Tätigkeit handelt. Daher hielt die RAD-Ärztin Dr. med. B.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 12. Mai 2022 (IV-Nr. 81 S. 3 f.) entsprechend in nachvollziehbarer Weise fest, dass die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit

gleich zu beurteilen sei, wie in der aktuell ausgeübten Tätigkeit als Sachbearbeiterin (seit September 2018 50 %). Diese Einschätzung bestätigte Dr. med. B. \_\_\_ sodann in ihrer Aktennotiz vom 13. Juni 2022 (IV-Nr. 83). Auf diese Beurteilung ist abzustellen. Es ist somit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin sowohl in der angestammten als auch einer adaptierten Tätigkeit je zu 50 % arbeitsfähig ist. 6. Neben den medizinischen Berichten stützte sich die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung einer allfälligen Einschränkung im Haushalt auch auf den «Situationsbericht Haushalt» vom 4. Juni 2021 (IV-Nr. 56). In diesem Bericht kam der Abklärungsfachmann D. \_\_\_ zum Schluss, im Aufgabenbereich Haushalt (3.5-Zimmer-Wohnung) liege unter Berücksichtigung der medizinischen Unterlagen und der Tatsache, dass es einer versicherten Person zumutbar sei, die anfallenden Arbeiten in Etappen und mit den notwendigen Pausen zu erledigen sowie der Schadenminderungspflicht im Sinne der zumutbaren Mithilfe Familienangehöriger (Ehemann), eine Einschränkung von maximal 10 % vor. 6.1 Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der Versicherten zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift, sofern der Bericht eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage im eben umschriebenen Sinne darstellt, in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 130 V 61 E. 6.2 S. 63, 128 V 93). Auf eine Abklärung vor Ort kann unter Angabe einer kurzen Begründung im Dossier verzichtet werden (vgl. Kreisschreiben über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], Stand: 1. Januar 2021, Rz. 3081). Sodann sind leistungsansprechenden Personen im Rahmen der Schadenminderungspflicht grundsätzlich Massnahmen zuzumuten, die ein vernünftiger Mensch in der gleichen Lage ergreifen würde, wenn er keinerlei Entschädigung zu erwarten hätte. Für die im Haushalt tätigen Versicherten 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 in üblichem Umfang die Mithilfe von Familienangehörigen in Anspruch nehmen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_748/2019 vom 7. Januar 2020 E. 5.3). Ein invaliditätsbedingter Ausfall darf bei im Haushalt tätigen Personen nur insoweit angenommen werden, als die Aufgaben, welche 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 einer Hausfrau oder einem Hausmann zu berücksichtigende Mithilfe von Familienangehörigen geht daher weiter als die ohne Gesundheitsschädigung üblicherweise zu erwartende Unterstützung (BGE 133 V 504 E. 4.2 mit Hinweisen). 6.2 Im

vorliegenden Fall wurde auf eine Abklärung vor Ort verzichtet. Dies ist – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (A.S. 39 f.) – nicht zu beanstanden. So beruht die Beurteilung des Teamleiters Abklärungsdienst D.\_\_\_\_ in erster Linie auf der Anmeldung zum Leistungsbezug vom 23. April 2019, den Angaben der Beschwerdeführerin im Intake-Gespräch vom 8. Mai 2019, dem Gutachten der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ vom 26. April 2021 sowie der Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 29. April 2021. Da die Beschwerdeführerin im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung vom 26. April 2021 in den einzelnen Teilgutachten jeweils übereinstimmend angab, die Hausarbeiten in Etappen und mit den notwendigen Pausen und der Hilfe ihres Ehemannes zu erledigen (IV-Nrn. 51.2 S. 10, 51.3 S. 4, 51.7 S. 5 und vgl. E. II. 5.6 hiervor), erscheint der Verzicht auf eine Abklärung vor Ort gerechtfertigt. Es sind denn auch keine Anhaltspunkte ersichtlich, die eine entsprechende Abklärung notwendig gemacht hätten. Solche werden auch durch die Beschwerdeführerin nicht vorgebracht. Gestützt auf die im Abklärungsbericht aufgeführten Dokumente hielt der Teamleiter Abklärungsdienst D.\_\_\_\_ fest, es liege unter Berücksichtigung der medizinischen Unterlagen und der Tatsache, dass es einer versicherten Person zumutbar sei, die anfallenden Arbeiten in Etappen und mit den notwendigen Pausen zu erledigen sowie der Schadenminderungspflicht im Sinne der zumutbaren Mithilfe Familienangehöriger (Ehemann), eine Einschränkung von maximal 10 % vor. Diese Einschätzung leuchtet ein und ist gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ nachvollziehbar. Beim Teamleiter Abklärungsdienst D.\_\_\_\_ handelt es sich zudem um eine qualifizierte Person, die – wie bereits oben dargelegt – von den medizinischen Unterlagen Kenntnis hatte. 6.3 Zusammenfassend ist der Abklärungsbericht überzeugend ausgefallen und trägt den aus medizinischer Sicht festgestellten Einschränkung angemessen Rechnung. So werden in diesem insbesondere die im polydisziplinären Gutachten ausgewiesenen Hauptdiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Hochgradiger Verdacht auf Leberzirrhose bei primär biliärer Cholangitis (ED September 2018) / Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0, IV-Nr. 51.1 S. 8) und das ebenfalls im Konsens der Gutachterpersonen formulierte Belastungsprofil (IV-Nr. 51.1 S. 9) korrekt wiedergegeben. Es kann deshalb hinsichtlich der Haushaltstätigkeit auf die Invaliditätsbemessung im Abklärungsbericht abgestellt werden. Vor diesem Hintergrund ist der Situationsbericht Haushalt vom 4. Juni 2021 in Bezug auf die Bemessung der Einschränkung im Haushalt als voll beweiskräftig anzusehen. Die Gesamteinschränkung beläuft sich auf total 10 %. Dabei wird im Rahmen der gesetzlichen Schadenminderungspflicht auf den im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehemann verwiesen (IV-Nr. 56 S. 2). Praxisgemäss ist diese Mithilfe im Rahmen der Schadenminderungspflicht der Beschwerdeführerin zumutbar und bei der Prüfung der Einschränkung entsprechend miteinzubeziehen (BGE 141 V 642 E. 4.3.2 mit Hinweisen). Die Beschwerdeführerin vermag aus den diesbezüglich eingereichten medizinischen Berichten nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. So ist sowohl dem «Kurzbericht stationär» vom 6. August 2021 als auch dem «Herzkatheterbericht ambulant» vom 1. September 2021 (IV-Nr. 77 S. 17 ff.) im Wesentlichen zu entnehmen, dass der Ehemann der Beschwerdeführerin am 4. August 2021 einen akuten Myokardinfarkt erlitten hat und daher vom 6. bis 8. August 2021 hospitalisiert war. Es finden sich indes keine Angaben zu allfälligen Einschränkungen betreffend die Leistungsfähigkeit des Ehemannes. Dem durch die Beschwerdeführerin ebenfalls eingereichten ärztlichen Zeugnis von Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, vom 8. Februar 2023 (IV-Nr. 91 S. 3) ist im Weiteren zu entnehmen, dass der Ehemann der Beschwerdeführerin durch sehr lange

Arbeitstage bis 12 h / Tag, mit teilweise auswärtigen Übernachtungen im Aussendienst, wie auch durch gesundheitliche Einschränkungen beim Verrichten der Haushaltarbeiten zeitlich wie körperlich deutlich eingeschränkt sei. Diesem ärztlichen Zeugnis ist somit weder eine Diagnosestellung noch ein medizinisch fundierter Befund zu entnehmen. Der Hausarzt des Ehemannes benennt zudem nebst gesundheitlichen auch berufliche Gründe, die ihn an der Mithilfe im Haushalt hindern würden. Da es dem Ehemann der Beschwerdeführerin somit möglich ist, trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigungen Arbeitstage von 12 Stunden zu bewältigen, leuchtet – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (A.S. 34) – nicht ein, weshalb es ihm nicht möglich sein soll, die Beschwerdeführerin bei der Verrichtung der Haushaltstätigkeiten zu unterstützen. Dies auch mit Blick auf eine freie Einteilung der jeweiligen Tätigkeiten. In diesem Sinn hielt der Teamleiter Abklärungsdienst D.\_\_\_\_ in der Aktennotiz vom 16. Februar 2023 (IV-Nr. 92) denn auch fest, die Tatsache, dass der Ehemann vollerbwerbstätig sei, sei bei der Berücksichtigung der Schadenminderungspflicht im Sinne der zumutbaren Mithilfe Familienangehöriger entsprechend Rechnung getragen worden. Eine gewisse Mithilfe im Aufgabenbereich Haushalt sei ihm trotz langer Arbeitstage zumutbar. Auf die von der Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang geltend gemachten Vorbringen (A.S. 34 f.) ist folglich nicht weiter einzugehen. 6.4 Hinsichtlich der geltend gemachten Wechselwirkung zwischen Haushalt und ausserhäuslicher Tätigkeit (A.S. 35) ist schliesslich festzuhalten, dass eine solche seit Einführung der neuen gemischten Berechnungsmethode am 1. Januar 2018 nicht mehr berücksichtigt werden darf. In diesem Sinn hielt auch der Teamleiter Abklärungsdienst D.\_\_\_\_ im Situationsbericht zum Einwand vom 30. November 2022 (IV-Nr. 88 S. 2) fest, dass die erwähnte Wechselwirkung per 1. Januar 2018 hinfällig geworden sei bzw. seither nicht mehr zur Anwendung komme. 6.5 Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Situationsbericht des Teamleiters Abklärungsdienst D.\_\_\_\_ vom 4. Juni 2021 (IV-Nr. 56) und dessen Situationsbericht zum Einwand vom 30. November 2022 (IV-Nr. 88) im Resultat überzeugend ausgefallen sind und den aus medizinischer Sicht festgestellten Einschränkungen angemessen Rechnung tragen. Somit kann auf die Invaliditätsbemessung im Aufgabenbereich abgestellt werden. Demnach wird nachfolgend von einer Einschränkung im Aufgabenbereich Haushalt von 10 % ausgegangen. 7. Nachfolgend ist der Invaliditätsgrad anhand der gemischten Berechnungsmethode unter Berücksichtigung des Einkommensvergleichs und des Betätigungsvergleichs zu beurteilen. 7.1 Die Anmeldung der Beschwerdeführerin ging bei der Beschwerdegegnerin am 23. April 2019 (IV-Nr. 2) ein. Der früheste Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG fällt somit auf den 1. Oktober 2019. Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG war zu diesem Zeitpunkt bereits verstrichen (Beginn: September 2019). Somit fällt der frühestmögliche Rentenbeginn auf den 1. Oktober 2019, womit das in diesem Zeitpunkt – und vor dem 1. Januar 2022 – geltende Recht anwendbar ist (vgl. E. II. 1.3 hiervor). 7.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von

mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente 7.3 Beim Einkommensvergleich werden in der Regel die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt der Invaliditätsbemessung nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit tatsächlich verdient hätte, wenn sie gesund geblieben wäre, und nicht, was sie bestenfalls erzielen könnte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es der Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen davon müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin geht von einem Valideneinkommen von CHF 75'572.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 37'786.00 aus. Die jeweiligen Einkommen ermittelte die Beschwerdegegnerin korrekterweise anhand des bei der Arbeitgeberin, dem R.\_\_\_\_, erzielten monatlichen Einkommens von CHF 3'487.90 im Jahr 2019 (vgl. Lohndaten, IV-Nr. 9 S. 11). Da das Validen- und das Invalideneinkommen ausgehend vom selben Lohn zu berechnen sind, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (sogenannter Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichts 8C\_730/2020 vom 2. Februar 2021 E. 3.1 m.w.H.). Ein entsprechender Tabellenlohnabzug gebietet sich im vorliegenden Fall, da nicht auf Tabellenlöhne abgestellt wird, nicht. Der Invaliditätsgrad ist somit anhand eines Prozentvergleichs vorzunehmen. 7.4 Gestützt auf die vorstehend ermittelten Vergleichseinkommen, die Einschränkung im Erwerbsbereich von 50 % sowie die Annahme, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu 60 % im Erwerb und zu 40 % im Haushalt (mit einer Einschränkung von 10 %) tätig wäre, ergibt sich in Anwendung der gemischten Berechnungsmethode ab 1. Oktober 2019 ein Invaliditätsgrad von 34 %. Dieser berechtigt nicht zum Bezug einer Invalidenrente (vgl. E. II. 7.2 hiavor).

8. Die Beschwerdeführerin hat somit keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. Mit der angefochtenen Verfügung vom 3. März 2023 (A.S. 1 ff.) wurde auch ein Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen verneint. In der Beschwerdeschrift vom 5. April 2023 (A.S. 17 ff.) wird zwar die vollumfängliche Aufhebung der Verfügung verlangt. Die Beschwerdebegründung bezieht sich jedoch ausschliesslich auf den Rentenanspruch, während die beruflichen Massnahmen nicht erwähnt wurden. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin diesen Aspekt der Verfügung vom 3. März 2023 nicht angefochten hat. Andernfalls wäre in diesem Punkt mangels Begründung auf die Beschwerde nicht einzutreten. Materiell hat die Beschwerdegegnerin einen Anspruch zu Recht verneint, da die gesundheitlichen Einschränkungen die Ausübung des Erwerbsspensums, das auch im Gesundheitsfall geleistet würde, zulassen. Es steht der Beschwerdeführerin frei, sich bei der Beschwerdegegnerin mit einem Gesuch um eine konkrete berufliche Massnahme wieder anzumelden, sollten sich die Verhältnisse allenfalls verändern. 9. Zusammenfassend ist die Verfügung vom 3. März 2023 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde vom 5. April 2023 abzuweisen. 10. 10.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 10.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand

und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

## **E. 2**

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 60 % auszurichten.

## **E. 3**

Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, eine nochmalige polydisziplinäre Begutachtung unter Einschluss der Disziplinen Gastroenterologie, Psychiatrie, Neuropsychologie, Neurologie, orthopädische Chirurgie, Rheumatologie sowie Innere Medizin zu initiieren.

## **E. 4**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 4. Mit Beschwerdeantwort vom 12. Juni 2023 (A.S. 54) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. 5. Die durch den Vertreter der Beschwerdeführerin am 27. Juni 2023 eingereichte Kostennote (A.S. 56 ff.) geht mit Verfügung vom 28. Juni 2023 (A.S. 59) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin. 6. Mit Eingabe vom 29. Juni 2023 (A.S. 60 ff.) lässt die Beschwerdeführerin den gutachterlichen Bericht von Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_, Titularprofessor für Hepatologie, Facharzt für Gastroenterologie (FMH), Facharzt für Hepatologie (FMH), vom 28. Juni 2023 (Beschwerdebeilage Nr. 3) einreichen. Ein Doppel dieser Eingabe geht mit Verfügung vom 30. Juni 2023 (A.S. 63) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin. 7. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (hier: 3. März 2023) eingetreten ist (Ueli Kieser in: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 ATSG N 109). 1.3 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 massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, welche damals in Kraft standen. 2. 2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. 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 IVG). 2.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten

arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 261 E. 4). 3. Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 194 E. 3.b S. 194 f.). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und gerichtliche Beschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, 122 V 157 E. 1c S. 160). 4. Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen). 5. Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 3. März 2023 (A.S. 1 ff.) die Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin auf weitere berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente zu Recht abgewiesen hat. Da die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 3. März 2023 (A.S. 1 ff.) aus medizinischer Sicht im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ vom 27. Dezember 2021 abgestellt hat, ist nachfolgend dessen Beweiswert zu prüfen. Das Gutachten stammt von unabhängigen Fachärzten der einschlägigen medizinischen Disziplinen, welche fachlich qualifiziert sind, die gesundheitliche Situation und die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu beurteilen. Weiter haben die Experten die Beschwerdeführerin u.a. zu ihren subjektiven Beschwerden und Lebensumständen befragt (IV-Nrn. 51.2 S. 8 ff., 51.3 S. 2 ff., 51.4 S. 2 ff., 51.5 S. 2 ff.,

51.7 S. 4 f.), die Befunde erhoben (IV-Nrn. 51.2 S. 10 ff., 51.3 S. 5 f., 51.4 S. 4 f., 51.5 S. 6 f., 51.7 S. 5 f.) und die wesentlichen Akten unter dem Titel «Anhang 1 (Aktenauszug)» zur Kenntnis genommen (IV-Nr. 51.2). Auf dieser Grundlage befassten sich die einzelnen Experten sodann mit dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (IV-Nr. 51.2 S. 5 ff., 51.3 S. 6 ff., 51.4 S. 5 ff., 51.5 S. 7 ff., 51.7 S. 6 ff.). Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung, IV-Nr. 51.1 S. 5 ff.) gelangten die Experten sodann zu einer gemeinsamen Beurteilung, welche vor dem Hintergrund der objektivierbaren Befunde nachvollziehbar ist. Es ist nachfolgend auf die einzelnen Teilgutachten und deren Beweiswert einzugehen und zu prüfen, ob die vorliegenden medizinischen Akten oder die Vorbringen der Beschwerdeführerin diesen Beweiswert allenfalls zu schmälern vermögen:

5.1 Im Rahmen des internistischen Teilgutachtens vom 12. März 2021 (IV-Nr. 51.2) konnte Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Facharzt für Tropenmedizin und Infektiologie, keine Diagnose stellen (S. 12). Dies vermag aufgrund der erhobenen und sich als unauffällig präsentierenden internistischen Untersuchungsbefunde einzuleuchten. So wurde u.a. Folgendes festgehalten: Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet. Keine relevante Hautkrankheit. Periphere Lymphknoten seien nicht vergrössert tastbar. Normale Kopfform, kein Meningismus, normale Mimik, kein Klopf- und Druckschmerz der Kalotte, Nervenaustrittspunkte und Nasennebenhöhlen frei. Herzaktion regelmässig, Herztöne leise, normaler 1. und 2. Herzton. Keine systolischen oder diastolischen Geräusche, keine kardialen Strömungsgeräusche. Leber und Milz durch die weichen Bauchdecken nicht vergrössert tastbar, kein Druckschmerz, keine Resistenz, keine Abwehrspannung (S. 11 f.). In diesem Zusammenhang überzeugt auch, dass der internistische Gutachter weder Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit festgestellt noch die Durchführung von internistischen Therapien empfohlen hat (S. 12 f.). Seine Einschätzung, wonach in Bezug auf die bei der Beschwerdeführerin bekannte primär biliäre Cholangitis (PBC) auf das gastroenterologische Teilgutachten verwiesen werde und die Müdigkeit – ein Hauptsymptom der Beschwerdeführerin – durch die PBC ausreichend erklärt sei, erscheinen plausibel und nachvollziehbar. So hielt der gastroenterologische Gutachter diesbezüglich denn auch fest, es handle sich bei der Müdigkeit um ein für die PBC typisches Syndrom (IV-Nr. 51.1 S. 6). Der internistische Gutachter Dr. med. F.\_\_\_\_ weist zudem darauf hin, dass die PBC – wie alle Autoimmunkrankheiten – häufiger von Autoimmunsyndromen begleitet werde und etwa 30 % aller PBC-Patienten eine oder mehrere dieser Begleitkrankheiten aufwiesen, die aber oft wenig symptomatisch seien. Am häufigsten sei die Hashimoto-Thyreoiditis, häufig finde man ein solitäres Raynaud-Syndrom, seltener dagegen rheumatoide Arthritiden (S. 12). Hierfür ergebe sich jedoch laut dem Gutachter bei der Beschwerdeführerin keinen Anhalt. Somit hat sich Dr. med. F.\_\_\_\_ mit den möglichen Begleiterkrankungen der bei der Beschwerdeführerin vorliegenden PBC-Erkrankung auseinandergesetzt und diese in schlüssiger Weise verneint.

5.1.1 Eingehend auf die übrigen medizinischen Akten legte der internistische Gutachter dar, die wenigen vorliegenden internistischen Akten seien in sich konsistent und bedürften keiner kritischen Erörterung (IV-Nr. 51.2 S. 13). Dieser Einschätzung ist beizupflichten. So findet sich in den medizinischen Akten keine rein internistische Diagnosestellung, mit denen sich der internistische Gutachter zwingend hätte auseinandersetzen müssen. So handelt es sich bspw. bei den im Verlaufsbericht des Allgemeinmediziners Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 31. Juli 2019 ausgewiesenen Diagnosen (depressive Episode, PBC und Leberzirrhose, IV-Nr. 35.4 S. 7) nicht um Diagnosestellung aus dem medizinischen Fachgebiet der

Allgemeinen Inneren Medizin, sondern um solche aus den medizinischen Fachgebieten der Psychiatrie und Gastroenterologie. Weitere Berichte von auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinen Inneren Medizin spezialisierten Fachärzten sind in den vorliegenden Akten nicht ersichtlich. Somit stehen die übrigen medizinischen Akten dem Beweiswert des internistischen Teilgutachtens nicht entgegen. 5.1.2 Es ist auf die Vorbringen der Beschwerdeführerin einzugehen: Die Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt, es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Beurteilung des im Zusammenhang mit der PBC erlittenen Leberschadens ausschliesslich dem Gastroenterologen zufallen soll. Der internistische Gutachter hätte hierzu eine Einschätzung abgeben müssen (A.S. 22). Es kann diesbezüglich festgehalten werden, dass es sich bei der PBC um eine chronische, nicht-eitrig destruierende Cholangitis handelt. Die Ätiologie ist unbekannt. Die Erkrankung beginnt an den interlobulären und proximal-septalen Gallengängen. Die Entzündung dehnt sich über das ganze Portalfeld aus und kann auf das Läppchenparenchym übergreifen. Die Krankheit führt zur Verödung der Gallengänge und endet in der kompletten Leberzirrhose. Die PBC ist eine klassische Autoimmunkrankheit der Leber (vgl. IV-Nr. 51.1 S. 5). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin erscheint es somit durchaus gerechtfertigt, dass sich ein auf Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts und die damit verbundenen Organe Leber, Gallenblase und Bauchspeicheldrüse spezialisierter Facharzt der Gastroenterologie mit dieser Diagnosestellung eingehend auseinanderzusetzen hat. In diesem Zusammenhang kann ergänzend darauf hingewiesen werden, dass es sich bei dem im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens mit der entsprechenden gastroenterologischen Expertise beauftragten Dr. med. H.\_\_\_\_ sowohl um einen Facharzt für Gastroenterologie als auch um einen Facharzt für Allgemeine Innere Medizin handelt (IV-Nr. 51.4 S. 10). Somit wäre Dr. med. H.\_\_\_\_ in fachlicher Hinsicht durchaus in der Lage, auf allfällige internistische gesundheitliche Probleme im Zusammenhang mit der PBC-Erkrankung hinzuweisen. Die Beschwerdeführerin vermag folglich mit ihrem Vorbringen nicht durchzudringen. Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor, die seronegative chronische Polyarthritis sei im Gutachten nicht berücksichtigt worden, weder vom Internisten noch vom Rheumatologen (A.S. 22). Sie verweist dazu auf den Bericht des Zentrums I.\_\_\_\_ vom 29. Mai 2021 (IV-Nr. 70). Dem entsprechenden Bericht ist zu entnehmen, dass die diagnostizierte «seronegative chronische Polyarthritis, ICD-10 M06.0» vermutlich im Rahmen der PBC bestehe. Die entsprechende Diagnose wird indes nicht in nachvollziehbarer Weise hergeleitet. So bleibt bspw. unklar, auf welchen Befunden diese konkret beruht. In diesem Sinn hielt auch die RAD-Ärztin Dr. med. B.\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 12. Mai 2022 (IV-Nr. 81 S. 2) fest, es sei unklar, worauf sich diese Diagnose stütze. Weiter gab sie an, die Beschwerdeführerin zeige weder die klinischen Befunde einer Polyarthritis noch seien entsprechende labormässige oder radiologische Befunde erhoben worden. Da die Diagnose einer seronegativen chronischen Polyarthritis somit nicht nachvollziehbar ist, bestand für die Gutachter der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin – auch keine Verpflichtung, sich mit dieser auseinanderzusetzen. 5.1.3 Das internistische Teilgutachten ist somit voll beweiswertig. 5.2 Im neurologischen Teilgutachten vom 23. März 2021 (IV-Nr. 51.3) diagnostizierte Dr. med. J.\_\_\_\_ einzig ein «leichtes Restless-Legs-Syndrom», welches aber keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit habe. Diese Diagnosestellung überzeugt aufgrund der gutachterlichen Ausführungen unter dem Titel «Diagnosen». So habe die Beschwerdeführerin anamnestisch berichtet, ihr Hauptproblem sei eine chronische Müdigkeit. An weiteren Beschwerden habe sie Knieschmerzen, Schmerzen in den Händen

beidseits, Schmerzen in der Ferse links und psychische Beschwerden genannt. Der Neurostatus sei regelrecht. Eine neurologische Ursache für diese genannten Beschwerden, in Zusammenschau aus Anamnese, neurologischer Untersuchung und unter Hinzuziehung der Befunde in den Akten, finde sich gemäss der neurologischen Gutachterin nicht. So lägen keine zentralen oder peripher bedingten neurologischen Reiz- oder Ausfallerscheinungen vor, welche diese Beschwerden erklären könnten (S. 6). Diesen gutachterlichen Einschätzungen kann gefolgt werden. So präsentierten sich die erhobenen Untersuchungsbefunde als weitgehend unauffällig (Muskeleigenreflexe seitengleich, normal erhältlich, keine Reflexdifferenzen, keine pathologischen Reflexe. Oberflächen- und Tiefensensibilität seitengleich unauffällig. Freies Gehen flüssig, Arme pendeln seitengleich mit, Zehengang und Hackengang seitengleich unauffällig, die Prüfung der einzelnen Muskeln habe jeweils Kraftgrad 5 ergeben. Keine Auffälligkeiten der Trophik. Normaler Muskeltonus. Keine Hinweise für Polyneuropathie, S. 5). Da die Beschwerdeführerin im Rahmen der gutachterlichen Exploration angegeben habe, die Restless-Legs würden ihren Schlaf manchmal zusätzlich stören, sie sei aber prinzipiell nicht entspannt, komme nicht zur Ruhe und grüble oft (S. 3), vermag die daraus gezogene Schlussfolgerung der neurologischen Gutachterin einzuleuchten, wonach die Beschwerden an den Beinen nicht täglich vorhanden seien. Da das Ausmass der Beschwerden durch die neurologische Gutachterin als gering eingeschätzt wird und die Beschwerdeführerin momentan diesbezüglich auch keine Therapie wünsche, erscheint schlüssig, dass daraus auf neurologischem Gebiet keine verminderte Arbeitsfähigkeit resultiert. Dies umso mehr, als die Gutachterin weiter darlegte, die beklagten Schlafstörungen seien auch an Tagen vorhanden, wo keine RLS-Symptomatik bestehe und die anhaltenden Schlafstörungen seien unabhängig vom RLS und hätten keine neurologische Ursache (S. 6).

5.2.1 Eingehend auf die übrigen medizinischen Akten ist festzuhalten, dass keine den gutachterlichen neurologischen Einschätzungen entgegenstehenden medizinischen Berichte vorhanden sind. So ist bereits dem Verlaufsbericht von Dr. med. K.\_\_\_\_, Praktischer Arzt FMH, vom 4. Februar 2018 (IV-Nr. 7 S. 10 ff.) zu entnehmen, dass seit circa Januar 2018 ein diffuser Juckreiz, schwere Gliedmassen sowie verstärkte Unruhe in den Beinen bestünden. Auch Dr. med. B.\_\_\_\_, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 30. Juli 2020 (IV-Nr. 36 S. 3 ff.) die Verdachtsdiagnose eines restless legs Syndroms fest, welcher jedoch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zukomme. Die im neurologischen Teilgutachten ausgewiesene Diagnose eines leichten Restless-Legs-Syndroms ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit wird somit durch die medizinischen Vorakten gestützt.

5.2.2 Die Beschwerdeführerin rügt, die Schlafstörungen seien von allen Gutachtern unberücksichtigt und ungewichtet geblieben (A.S. 23). Dem kann indes nicht gefolgt werden. So ist die neurologische Gutachterin auf die von der Beschwerdeführerin bei der neurologischen Exploration u.a. beklagten Schlafstörungen (nachts schlafe sie schlecht und habe auch unruhige Beine, was immer mal wieder zu Durchschlafstörungen führe, IV-Nr. 51.3 S. 2) durchaus eingegangen (vgl. E. II. 5.2.1 hiervoor) und hat sodann festgehalten, die anhaltenden Schlafstörungen hätten keine neurologische Ursache.

5.2.3 Das neurologische Teilgutachten geniesst vollen Beweiswert.

5.3 Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, stellte im rheumatologischen Teilgutachten vom 8. April 2021 (IV-Nr. 51.7) eine aktivierte Frühgonarthrose rechts, einen Status nach Fasciitis plantaris links sowie anamnestisch eine Osteopenie (DEXA 2019) fest. Diese Diagnosestellungen vermögen gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen einzuleuchten: So berichte die Beschwerdeführerin über leichte belastungsabhängige Knieschmerzen seit zwei bis drei Jahren. Eine Abklärung, eine

medikamentöse oder physiotherapeutische Behandlung seien bis jetzt nicht erfolgt. Objektiv finde sich ein leicht überwärmtes, wenig Flüssigkeit enthaltendes Kniegelenk rechts, währenddem das linke Kniegelenk unauffällig sei. Die Beschwerden seien gering und ausschliesslich die maximale Flexion provoziere Schmerzen. Radiologisch sei eine geringfügige mediale Gelenkspaltverschmälerung rechts im Sinne einer Frühgonarthrose dokumentiert. Kürzlich sei eine Fasciitis plantaris links mit Stosswellentherapie erfolgreich behandelt worden und sei heute symptomlos. Anamnestisch sei laut einer DEXA Messung 2019 eine Osteopenie bekannt, die zurzeit keine Massnahmen erfordere (S. 6 f.). Der rheumatologische Gutachter hielt sodann weiter fest, es sei bis jetzt keine Behandlung erfolgt. Dies entspricht auch den Angaben der Beschwerdeführerin im Rahmen der gutachterlichen Exploration, wonach aktuell keine Behandlung stattfinde (S. 5). Gemäss Einschätzung des Gutachters sollte zur Verhinderung der Progression der Gonarthrose der gegenwärtig aktivierte Zustand entzündungshemmend behandelt werden. Indiziert sei soweit eine chondroprotektive Basisbehandlung und Physiotherapie mit Quadrizepstraining zwecks Optimierung der muskulären Gelenkführung. Bei konsequenter Anwendung der empfohlenen Massnahmen sei eine Remission der Symptomatik realistisch (S. 7). Gestützt auf diese gutachterlichen Empfehlungen überzeugt auch die Einschätzung von Dr. med. L.\_\_\_\_, wonach die Beschwerdeführerin eine körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeit vollschichtig ausüben könne, ein ausschliessliches Stehen und Gehen sowie Treppensteigen wegen der aktivierten Gonarthrose jedoch nicht möglich und kniende Verrichtungen nur eingeschränkt zumutbar seien (S. 7). Da die aktuell ausgeübte Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Sachbearbeiterin keine ihr nicht zumutbaren Verrichtungen beinhaltet, leuchtet die weitere rheumatologische Einschätzung ein, dass in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit der Beschwerdeführerin keine Einschränkung bestehe.

5.3.1 In Bezug auf die übrigen medizinischen Akten ist festzuhalten, dass diese die Diagnosestellungen und Einschätzungen des rheumatologischen Experten stützen. So wurde die bei der Knochendichtemessung mittels DEXA vom 12. Februar 2019 festgestellte Osteopenie (IV-Nr. 5.19 S. 12) im rheumatologischen Teilgutachten als Diagnose ausgewiesen. Die von Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, im Bericht vom 16. September 2020 (IV-Nr. 51.9 S. 10 f.) festgestellte Verdachtsdiagnose einer Plantarfasziitis des linken Fusses konnte anhand der am 3. November 2020 durchgeführten MRT des OSG (IV-Nr. 51.9 S. 8) objektiviert werden. So wurde diese als ausgeprägte Plantarfasziitis ohne Ruptur der Plantarfaszie bei kleinem knöchernen Fersensporn beurteilt und von Dr. med. M.\_\_\_\_ im nachfolgenden Bericht vom 9. November 2020 (IV-Nr. 51.9 S. 6 f.) als «chronische Plantarfasziitis bei kleinem Fersensporn Fuss links» ausgewiesen. In diesem Zusammenhang leuchtet der durch den rheumatologischen Gutachter ausgewiesene Status nach Fasciitis plantaris links ein. Auch die von Dr. med. L.\_\_\_\_ weiter gestellte Diagnose einer aktivierten Frühgonarthrose rechts stimmt mit den vorangehenden medizinischen Akten überein. So wurde anlässlich der am 24. März 2021 durchgeführten Röntgenuntersuchung der Kniegelenke (IV-Nr. 51.9 S. 15) u.a. eine mässige bilaterale degenerative Veränderung des medialen Kniekompartimentes festgestellt.

5.3.2 Die Beschwerdeführerin rügt, es könne nicht angehen, dass der rheumatologische Gutachter einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mit der Begründung verneine, dass die Cholangitis dominiere (A.S. 31). Dazu ist dem rheumatologischen Teilgutachten zu entnehmen, dass die von der Beschwerdeführerin wahrgenommenen belastungsabhängigen Schmerzen im rechten Kniegelenk durch die aktivierte Gonarthrose plausibel erklärt seien. Die Beschwerdeführerin beklage trotzdem keine Behinderung, wahrscheinlich, weil die

Symptome der Cholangitis mit limitierender Fatigue dominierten (IV-Nr. 51.7). Gestützt auf diese Ausführungen ist – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin – in Bezug auf die Cholangitis nicht von einem Rückschluss des Gutachters auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führte der rheumatologische Gutachter vielmehr aus, die Beschwerdeführerin könne eine körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeit vollschichtig ausüben. Ausschliessliches Stehen und Gehen sowie Treppensteigen sei wegen der aktivierten Gonarthrose nicht möglich. Kniende Verrichtungen seien nur eingeschränkt zumutbar (IV-Nr. 51.7). Das Vorbringen der Beschwerdeführerin überzeugt somit nicht.

5.3.3 Das rheumatologische Teilgutachten ist voll beweiswertig.

5.4 Im Rahmen des gastroenterologischen Teilgutachtens vom 23. März 2021 (IV-Nr. 51.4) hielt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Facharzt für Gastroenterologie, einen «hochgradigen Verdacht auf Leberzirrhose bei primär biliärer Cholangitis (ED September 2018)» als Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit fest (S. 5). Gemäss dem Gutachter habe die anfangs März 2021 durchgeführte Fibroscan-Untersuchung einen erhöhten Fibrosegrad mit hochgradigem Verdacht auf eine Leberzirrhose (30 kPa) gezeigt. Diese Einschätzung vermag unter Beizug des Berichts von Dr. med. N.\_\_\_\_, FMH Gastroenterologie und Hepatologie, vom 10. März 2021 (IV-Nr. 51.9 S. 15) einzuleuchten. So hielt dieser u.a. fest, es bestehe eine Leberzirrhose bei primär biliärer Cholangitis. Die letzte Kontrolle Anfang März habe eine ASAT von 65 sowie eine ALAT von 74 gezeigt. Ansonsten zeigte der Fibroscan stabil erhöhte Werte um 30 kPa. Gestützt auf die im Rahmen des Gutachtens durchgeführte Laboruntersuchung vom 24. März 2021 (IV-Nr. 51.8) sind auch die weiteren gutachterlichen Darlegungen nachvollziehbar, wonach sich aktuell gastroenterologisch lediglich leicht erhöhte Lebertransaminasen (2 bis 3-faches der Norm) zeigten, die Leberfunktion (Albumin, Cholinesterase) aber erhalten sei. Das leicht erhöhte Ferritin passe gemäss Dr. med. H.\_\_\_\_ auch zur Lebererkrankung, das CRP (Entzündungsparameter) sei demgegenüber nicht erhöht (IV-Nr. 51.4 S. 5). In Bezug auf die von der Beschwerdeführerin geschilderte, seit Jahren bestehende Müdigkeit und abnehmende Leistungsfähigkeit, sowie Schwierigkeiten der Konzentration (S. 2), hielt der gastroenterologische Gutachter überzeugend fest, es bestehe aus gastroenterologischer Sicht bei der Beschwerdeführerin vor allem wegen der Müdigkeit, einem für die PBC-typischen Symptom, eine reduzierte Leistungsfähigkeit (S. 5). Daher leuchten auch die weiteren gutachterlichen Einschätzungen ein, dass sich die aktuelle Symptomatik mit erheblicher Müdigkeit auf die bisherige Tätigkeit mit grosser Verantwortung an Konzentration und Durchhaltevermögen ungünstig auswirke (S. 7) und in der bisherigen Tätigkeit wegen der Müdigkeit, Konzentrationsschwäche und vermehrten Erschöpfbarkeit eine Arbeitsfähigkeit von circa 50 % bestehe (S. 8).

5.4.1 Aus den zeitlich vor dem Gutachten verfassten medizinischen Akten sind keine dem gastroenterologischen Teilgutachten widersprechenden diagnostischen Einschätzungen zu entnehmen: So hielt bereits der die Beschwerdeführerin behandelnde Gastroenterologe Dr. med. N.\_\_\_\_ aufgrund der am 19. Oktober 2018 durchgeführten Abdomen-Sonografie (IV-Nr. 12) eine «primär biliäre Cholangitis mit etwas unregelmässig wirkender Leber, DD im Rahmen einer bereits vorliegenden Fibrose?» fest. Im Bericht vom 10. März 2021 (IV-Nr. 51.9 S. 15) wies Dr. med. N.\_\_\_\_ sodann eine Leberzirrhose bei primär biliärer Cholangitis aus und stellte weiter fest, dass die Beschwerdeführerin vor allem durch eine ausgeprägte Müdigkeit und Leistungsintoleranz beeinträchtigt sei. Diese diagnostischen Einschätzungen werden durch Dr. med. H.\_\_\_\_ im rheumatologischen Teilgutachten bestätigt (vgl. E. II. 5.3 hiavor). So hielt er auch fest, die vorliegenden Akten und Einschätzungen durch mehrere

Gastroenterologen deckten sich mit der aktuellen Untersuchung (IV-Nr. 51.4 S. 6). 5.4.2 Ähnlich verhält es sich auch in Bezug auf die zeitlich nach dem Gutachten verfassten medizinischen Berichte aus dem Fachgebiet der Gastroenterologie. So bestätigte Dr. med. N.\_\_\_\_ im Bericht vom 11. Juni 2021 (IV-Nr. 59) das Vorliegen einer im Gutachten noch als Verdachtsdiagnose bezeichneten Leberzirrhose im Rahmen der primär biliären Cholangitis und empfahl die Durchführung einer Leberbiopsie zum Ausschluss eines Overlap-Syndromes einer Autoimmunhepatitis. Es wurde daher anschliessend am 17. Juni 2021 eine perkutane Leberbiopsie durchgeführt (IV-Nr. 65 S. 3 f) und im dazugehörigen Nachbericht vom 4. Juli 2021 festgehalten (IV-Nr. 66 S. 2 f.), serologisch und histologisch könne ein Overlap zu einer Autoimmunhepatitis ausgeschlossen werden. Dazu hielt sodann auch die RAD-Ärztin Dr. med. B.\_\_\_\_ mit Stellungnahme vom 4. Oktober 2021 (IV-Nr. 68 S. 2) fest, die Lebererkrankung mit fortgeschrittener Fibrosierung, aber noch ohne zirrhotischen Umbau, sei auf die PBC zurückzuführen. Eine wesentliche Progredienz der Leberfibrose gegenüber der Voruntersuchung im März 2021 sei nicht dokumentiert. In den weiteren, von Dr. med. N.\_\_\_\_ verfassten Arztberichten vom 5. Dezember 2021 und 8. Juni 2022 (IV-Nrn. 77 S. 15 f., 82), bestätigte er Folgendes: «Perkutane Leberbiopise 17. Juni 2021: Primär biliäre Cholangitis Nakanuma Staging Score 5 Punkte, Fibrorestadium F3, kein overlap zu Autoimmunhepatitis.». In Bezug auf den erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens durch die Beschwerdeführerin eingereichten gutachterlichen Bericht von Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_, Titularprofessor für Hepatologie, Facharzt für Gastroenterologie (FMH,) Facharzt für Hepatologie (FMH), vom 28. Juni 2023 (Beschwerdebeilage Nr. 3) ist augenfällig, dass dieser erst rund drei Monate nach dem hier massgebenden Zeitpunkt vom 3. März 2023 (vgl. E. II.

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