

# **SO\_GERICHTE VSBES.2023.50 vom 18. Januar 2023**

SO Obergericht, 2023-01-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2023.50](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.50)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2023.50 du 18 janvier 2023

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2023.50 del 18 gennaio 2023

## **Erwägungen**

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

### **E. 2**

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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 Bei versicherten Person, die nur zum Teil erwerbstätig sind (oder unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten), wird die Invalidität für diesen Teil durch einen Einkommensvergleich nach Art. 16 ATSG festgelegt (Art. 28a Abs. 3 IVG). Waren diese Personen daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird für diese Tätigkeit bei der Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG). In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit (oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin) und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; vgl. BGE 130 V 393 E. 3.3 S. 396). Seit dem 1. Januar 2018 gilt für die gemischte Methode die folgende ergänzende Regelung (Art. 27bis Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]):

Ist bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, anzunehmen, dass sie im Zeitpunkt der Prüfung des Rentenanspruchs ohne Gesundheitsschaden ganztätig erwerbstätig wären, so ist die Invaliditätsbemessung ausschliesslich nach den Grundsätzen für Erwerbstätige zu bemessen (Abs. 1).

Bei Teilerwerbstätigen, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG betätigen, werden für die Bestimmung des Invaliditätsgrads folgende Invaliditätsgrade summiert:

- a. der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit;
- b. der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich (Abs. 2).

Die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Erwerbstätigkeit richtet sich nach Artikel 16 ATSG, wobei (Abs. 3):

- a. das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird; und
- b. die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrads, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet wird.

Für die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt. Der Anteil wird anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad nach Absatz 3 Buchstabe b und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet (Abs. 4).

Inhaltlich neu ist insbesondere Art. 27bis Abs. 3 lit. a IVV, wonach das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die teilzeitliche Erwerbstätigkeit erzielen würde, auf ein Vollzeitpensum hochgerechnet wird.

### **E. 3**

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

3.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen

Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2008, 8C\_308/2007, E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 352 E. 3a). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

4. Strittig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 18. Januar 2023 zu Recht verneint hat. Die Beschwerdegegnerin stützt ihren Entscheid in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie, FMH Innere Medizin, und von Dr. med. C.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 23. Oktober 2020 (IV-Nr. 30.6; Fachrichtungen: Rheumatologie und Psychiatrie) und die gutachterlichen Stellungnahmen vom 15. Januar 2021 (IV-Nr. 36), 12. Februar 2021 (IV-Nr. 43), 27. Mai 2021 (IV-Nr. 54), 31. August 2021 (IV-Nr. 58) und 9. November 2022 (IV-Nr. 76) ab, weshalb nachfolgend deren Beweiswert zu prüfen ist.

#### 4.1

4.1.1 Im rheumatologischen Teilgutachten vom 22. Oktober 2020 (IV-Nr. 30.1) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

In der Folge begründete der rheumatologische Gutachter die von ihm gestellten Diagnosen und die daraus resultierenden Einschränkungen gestützt auf seine umfassenden Befunderhebungen (s. S. 14 - 18 des rheumatologischen Teilgutachtens) in nachvollziehbarer Weise: Bereits früh seien laborchemische Untersuchungen durchgeführt worden, welche keine humerale und zelluläre Entzündungsaktivität hätten objektivieren können, und auch das spezifische Immunlabor habe keinen Hinweis für eine entzündliche systemische und Autoimmunerkrankung im Sinne einer rheumatoiden Arthritis oder einer Kollagenose ergeben. Differenzialdiagnostisch sei zudem an eine Spondylarthropathie gedacht und eine MRT-Untersuchung mittels Diffusionsgewichtung durchgeführt worden. Auch hier hätten keine spezifisch entzündlichen Veränderungen objektiviert werden

können. Nebenbefundlich sei eine Diskopathie LWK3-SWK1 objektiviert worden, mit kleiner Diskushernie LWK5/SWK1 auf der linken Seite, mit Kontakt zur Nervenwurzel S1. Eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik sei klinisch nie dokumentiert worden, lediglich eine Hypästhesie am lateralen Oberschenkel, welche nicht dermatombezogen auf eine mögliche Pathologie, insbesondere nicht auf eine Nervenwurzelreizung L3 zurückzuführen gewesen sei. Somit könnten retrospektiv die Diagnosen der Polyarthrititis sowie der lumboradikulären Reizsymptomatik nicht als bestätigt bezeichnet werden. Aufgrund der Segmentdegeneration der unteren Lendenwirbelsäule lasse sich ein lumbospondylogenes Reizsyndrom vermuten, mit teilweise auch pseudoradikulären Ausstrahlungen. Die diesbezügliche körperliche Untersuchung sei jedoch aufgrund der ausgeprägten Angabe von Schmerzen und des Schonverhaltens als schwierig zu bezeichnen. Wichtig in der gutachterlichen Untersuchung sei der Ausschluss einer radikulären Reizsymptomatik, was mit grosser Wahrscheinlichkeit bestätigt werde. Das Vorliegen von 4/5 Waddell-Zeichen weise auch auf das Vorhandensein von nicht-strukturellen Pathologien im Bereich der Lendenwirbelsäule hin und müsse im Zusammenhang mit der diagnostizierten Fibromyalgie-Symptomatik betrachtet werden. Die anamnestischen Angaben, die Aktenlage sowie die aktuelle rheumatologische Untersuchung, mit Erfüllen des Widespread Pain-Index, zeigten eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Fibromyalgie. Die Symptome einer Fibromyalgie seien bei der Explorandin objektivierbar. Insbesondere könnten die subjektiv erlebten Schmerzen sowie die Ausprägung derselben nicht mit einem somatischen morphologischen Korrelat erklärt werden. Eine zugrundeliegende somatische Erkrankung ■ sei es am Bewegungsorgan oder metabolisch stoffwechselbedingt oder entzündlich rheumatologisch ■ könne nicht eruiert werden. Die Muskel- und Gelenkschmerzen könnten keiner rheumatologisch entzündlichen oder degenerativen Krankheit zugeordnet werden, sondern seien im Rahmen des Widespread Pain Syndroms / Fibromyalgie zu werten. Die Fibromyalgie könne subsumiert werden in das Bild der somatoformen Schmerzstörung. Hierzu passend seien auch das Schonverhalten und die Waddell-Zeichen.

Sodann beurteilte der rheumatologische Gutachter die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gestützt auf die vorgehenden Ausführungen in nachvollziehbarer Weise: Die bisherige Tätigkeit als Reinigungsarbeiterin / Hauswartin könne als leicht und intermittierend mittelschwer bezeichnet werden. Eine solche Tätigkeit sei bezüglich der körperlichen Strukturen und bei Fehlen von Pathologien medizinisch-theoretisch zu 80 % möglich. Die 20%ige Reduktion ergebe sich aufgrund der subjektiv starken Schmerzsymptomatik, der Erschöpfung sowie der Leistungsminderung. Der Pausenbedarf sei ebenfalls erhöht aufgrund der chronischen Schmerzerkrankung. Diese Beurteilung sei aus rein somatisch-rheumatologisch und schmerzmedizinischer Sicht gestellt worden und nur im Kontext der psychiatrischen Beurteilung hinsichtlich der Überwindbarkeit von Schmerz anzuwenden. In einer angepassten Tätigkeit sei aus somatischer Sicht ebenfalls eine leichte und mittelschwere Tätigkeit in einem 80%-Pensum durchführbar. Dabei sollten Zwangshaltungen gebückt oder überstreckt sowie repetitive Rumpfbeugungen vermieden werden. Ebenso seien die weiteren Belastungsangaben gemäss S. 24 ff. des rheumatologischen Teilgutachtens zu befolgen. Bei den Haushaltstätigkeiten bestünden aus somatischer Sicht keine Einschränkungen.

4.1.2 Weiter ist zu prüfen, ob die dem rheumatologischen Teilgutachten entgegenstehenden Arztberichte an dessen Beweiswert etwas zu ändern und ob die nach dem Gutachten

ergangenen Arztberichte eine allfällige gesundheitliche Verschlechterung seit der gutachterlichen Untersuchung zu begründen vermögen. Mit Stellungnahme vom 12. Februar 2021 äusserte sich der rheumatologische Gutachter zu der von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Bericht vom 26. November 2020 (IV-Nr. 33) am Gutachten vorgebrachten Kritik und legte nachvollziehbar dar, dass medizinisch-theoretisch die Arbeitsfähigkeit aus rein rheumatologischer Sicht nie längerfristig eingeschränkt gewesen sei. In der gutachterlichen rheumatologischen Untersuchung habe kein explizites Beschwerdebild objektiviert werden können, welches eine leichte und intermittierend mittelschwere Tätigkeit verhindern würde. Die Fibromyalgie respektive das Widespread Pain Syndrom hingegen sei syndromal und es sollte diesbezüglich der Leistungsfähigkeit rheumatologisch nicht über eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit ohne psychiatrische Komorbidität diagnostiziert werden.

Sodann setzte sich der rheumatologische Gutachter mit dem nach der Begutachtung eingereichten Bericht des E.\_\_\_\_ vom 11. Januar 2021 (IV-Nr. 37, S. 2) auseinander und verneinte in diesem Zusammenhang eine seit der Begutachtung eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes: In diesem Bericht sei neu die Diagnose einer erosiven rheumatoiden Arthritis gestellt worden. Es könne einzig mit der MRT-Untersuchung vom 29. Dezember 2020 ein Minimalbefund einer entzündlichen Manifestation (lediglich Synovitis beschrieben, kein Knochenmarksödem) weiterhin unklarer Zuordnung objektiviert werden. Dieses Beschwerdebild für sich alleine möge formal mit den anamnestischen Beschwerden die Diagnose einer rheumatoiden Arthritis ergeben, gemäss den Klassifikationskriterien, jedoch nicht bezüglich der zu erwartenden Symptomatik und Schmerz-Generalisierung. Insbesondere könne keine humerale oder zelluläre entzündliche Immunreaktion objektiviert werden oder die Immunserologie dazu herangezogen werden, um einen akzentuierten oder schweren Verlauf zu postulieren. Auch ungesehen von den hochsensitiven MRT-Befunden könne bei nun über 10-jährig möglichen intermittierenden Reizung im Karpus oder den Metacarpophalangeal- und Interphalangealgelenken nicht von einer aggressiven Form einer Arthritis ausgegangen werden und somit sei keine Erklärung für das von der Versicherten präsentierte Schmerzbild und die Einschränkungen zu sehen. Insgesamt ändere sich an der Beurteilung im rheumatologischen Gutachten damit lediglich die Erwähnung dieser möglichen Diagnose. Ergänzend setzte sich der rheumatologische Gutachter mit Stellungnahme vom 27. Mai 2021 (IV-Nr. 54) mit dem Bericht des E.\_\_\_\_ vom 15. März 2021 (IV-Nr. 51) auseinander und führte aus, dass das darin beschriebene Auftreten der Hypästhesie der linken Körperhälfte sowie die Ganzkörperschmerzsymptomatik im Rahmen der somatoformen Störung im psychiatrischen Bereich mit eingeordnet werden könnten. Zusätzlich könne mit den vorliegenden, neu auch arthrosonographischen Befunden und der nicht ganz klaren MRT-Untersuchung der Hand rechts vom Dezember 2020 keine derart aktive rheumatoide Arthritis objektiviert werden, welche das Ausmass der Beschwerden erklären könnte. Somit werde an der gutachterlichen Beurteilung festgehalten. Von dieser Haltung wich der rheumatologische Gutachter aber dann mit seiner Stellungnahme vom 9. November 2022 (IV-Nr. 76, S. 2) ab, worin er sich zu den MRT-Untersuchungen beider Hände vom 13. und 21. Juni 2022 (IV-Nr. 72, S. 2 und 4) äusserte. Darin führte er aus, in den MRT-Untersuchungen beider Hände 2022 (siehe unten) könnten im Bereich der linken Hand eine milde Synovialitis sowie eine insgesamt stationäre Situation objektiviert werden, im Bereich der rechten Hand im Gesamtausmass eine progrediente Synovialitis und gering progrediente Erosionen. Rein bildmorphologisch könne von einer rheumatoiden Arthritis

gesprochen werden. Direkte Implikationen auf eine Arbeitsfähigkeit könnten jedoch ohne klinische Beurteilung und Beurteilung der MRT-Bilder im Sinne eines Gutachtens nicht abgeleitet werden. Dies insbesondere, da die bisher ausgeführte Tätigkeit als leicht und intermittierend mittelschwer bezeichnet werden könne. Damit räumte der Gutachter ein, dass er eine allfällige Auswirkung dieser neuen Befunde auf die Arbeitsfähigkeit nicht ohne zusätzliche klinische Untersuchungen im Rahmen eines Gutachtens beurteilen könne. Damit brachte er aber sinngemäss auch zum Ausdruck, dass er ■ anders als in seinen vorhergehenden Stellungnahmen ■ nicht mehr ohne Weiteres an seiner Beurteilung aus dem Gutachten festhalten kann. Hinzukommt, dass die behandelnde Rheumatologin der Beschwerdeführerin, Dr. med. F.\_\_\_\_, G.\_\_\_\_, in ihren Stellungnahmen vom 13. April 2022 (IV-Nr. 67, S. 7) und 29. August 2022 (IV-Nr. 70) hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eine diametral entgegengesetzte Meinung zur gutachterlichen Beurteilung vertritt: Sie sei mit den Diagnosen auf den Seiten 16 und 25 nicht einverstanden. Hier fehle eindeutig die Diagnose der erosiven progredienten Polyarthritiden, der MRI-Befund vom 29. Dezember 2020 zeige eindeutig eine progrediente erosive Polyarthritiden. Die Arthritiden und Tenosynovitiden der Hände führten zu einer deutlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Raumpflegerin. Diese Einschränkung bestehe (aktenanamnestisch) seit mindestens 2014. Die bisherige Tätigkeit sei aktuell nicht zumutbar, in der Zukunft könne ggf. nach erfolgreicher immunsuppressiver Therapie einem reduzierten Arbeitspensum von 30 % nachgegangen werden. Bei der Beschwerdeführerin zeigten sich wiederholt in verschiedenen MRI's Synovialitiden, Tendovaginitiden und eine Handgelenksarthritiden bds. (zuletzt im 06/22). Diese bildgebenden Befunde korrelierten mit den Beschwerden und erklärten das Funktionsdefizit. Aus rheumatologischer Sicht sei zum jetzigen Zeitpunkt keine Arbeitsfähigkeit vorhanden.

Zusammenfassend hätte die Beschwerdegegnerin somit bei dieser Konstellation nicht ohne weitere medizinische Abklärungen entscheiden dürfen. Demnach kann aufgrund einer möglichen Verschlechterung aus rheumatologischer Sicht nicht auf das rheumatologische Teilgutachten abgestellt werden.

## 4.2

4.2.1 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 23. Oktober 2020 (IV-Nr. 30.4) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

In der Folge begründete der Gutachter die von ihm gestellten Diagnosen gestützt auf seine umfassenden Befunderhebungen (s. S. 10 - 14 des psychiatrischen Teilgutachtens) in nachvollziehbarer Weise: Die Explorandin leide seit ca. 12 Jahren an Schmerzen im Bereich des ganzen Körpers, welche sie in ihrer Leistungsfähigkeit und beim Schlafen einschränkten. Da sowohl durch die Erkrankung und die dadurch erlittene Gehörlosigkeit des Ehemannes, als auch durch die selber durchgemachte Thyreoidektomie aufgrund eines Schilddrüsenkarzinoms psychosoziale Belastungsfaktoren beständen und eine psychiatrische Komorbidität durch die nachfolgende Diagnose vorhanden sei, könne eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) diagnostiziert werden, sofern diese Schmerzen nicht ausreichend durch somatische Befunde zu erklären wären. Zusätzlich müsse vom Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung, ggw. leichtgradige Episode (ICD-10: F33.0), ausgegangen werden. Dies, da die Explorandin

aufgrund von Angst resp. Panik und depressiven Symptomen bereits vor ca. zehn Jahren eine halbjährige Therapie durchlaufen habe und aktuell seit August 2019 eine depressive Episode beschrieben werde. Aktuell liege lediglich eine leichtgradige depressive Episode vor, was auch in der Hamilton Depression Scale Testung bestätigt worden sei, da Grübeln, eine leichte Anhedonie, Insuffizienzgefühle, Ängste und Panik, eine leicht erhöhte Ermüdbarkeit, Durchschlafstörungen und ein Verlust der Libido vorlägen. Andere psychopathologische Befunde oder gar Diagnosen seien nicht zu stellen. Insbesondere die Panikattacken, welche von der Explorandin meistens gut abgefangen werden könnten, könnten im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung gesehen werden. Sodann wurde in der Gesamtbeurteilung der beiden Gutachter (IV-Nr. 30.6) ergänzend angefügt, es lägen keine Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung resp. eine Störung der «komplexen Ich-Funktion» vor. Die Explorandin habe jahrelange berufliche Tätigkeiten in denselben Betrieben geleistet und daneben stabile soziale Beziehungen gelebt.

#### 4.2.2

4.2.2.1 Sodann führte der psychiatrische Gutachter hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus, in der bisherigen Tätigkeit als Raumpflegerin resp. Hauswartin sei die Explorandin aufgrund der leichtgradigen depressiven Episode, welche sich durch Grübeln und einer erhöhten Ermüdbarkeit negativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, als auch aufgrund der Schmerzen im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu 40 % als arbeitsunfähig zu beurteilen. Dieses Ausmass der Arbeitsunfähigkeit müsse aktenanamnestisch ab August 2019 angenommen werden und zeige sich auch im heute durchgeführten Mini-ICF-APP-Rating-Bogen, wo mittelgradige Beeinträchtigungen bei der Anwendung fachlicher Kompetenzen und den Spontan-Aktivitäten gefunden worden seien. Bei der oben genannten Tätigkeit handle es sich um eine angepasste Tätigkeit, da die Explorandin lediglich leichte körperlich wechselbelastende Tätigkeiten ausüben müsse.

Somit ist im Weiteren zu prüfen, ob die vom psychiatrischen Gutachter attestierte Arbeitsunfähigkeit von 40 % 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 (Urteil 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 (E. II. 4.2.1 hiervor) verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass von einer leicht- bis mittelgradigen Ausprägung der gestellten Diagnosen auszugehen ist.

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, durch die jetzige ambulante psychotherapeutische Behandlung sei eine Remission der depressiven Symptomatik von mittel- zu leichtgradig erreicht worden. Diese psychotherapeutische Behandlung sollte weitergeführt und idealerweise eine antidepressive Medikation installiert werden, da es sich um eine rezidivierende depressive Störung handle. Eine Behandlungsresistenz ist demnach zu verneinen. Sodann äussern sich die Gutachter zwar nicht zu einer allfälligen Eingliederungsresistenz, gestützt auf das Gutachten, welches der Beschwerdeführerin in einer ausserhäuslichen Tätigkeit eine 60%ige Arbeitsfähigkeit attestiert, ist aber nicht anzunehmen, dass eine solche besteht.

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 psychiatrischen Teilgutachten wird den gestellten Diagnosen keine zusätzliche ressourcenhemmende Wirkung zugemessen.

Zu der 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 ist dem Gutachten zu entnehmen, die Explorandin lebe gemeinsam mit ihrem Mann und dem jüngsten Sohn seit 32 Jahren in einer 3-Zimmer Mietwohnung. Mit im Haushalt lebten ein Hund, eine Katze und eine Schildkröte. Die Beschwerdeführerin stehe um 8.30 Uhr auf. Danach mache sie Dehnungsübungen, trinke Kaffee und nehme die Medikamente ein. Am Morgen nehme sie Therapietermine mit den öffentlichen Verkehrsmitteln selbständig wahr oder gehe mit dem Hund für 10 bis 15 Minuten spazieren. Danach erledige sie Haushaltstätigkeiten, wobei sie sich im Verlaufe des Morgens einmal kurz aufgrund der Schmerzen hinlegen müsse. Danach bereite sie ein Mittagessen zu, welches sie gemeinsam mit der Familie einnehme, dann lege sie sich nochmals für eine Stunde aufgrund der Schmerzen hin. Physiotherapeutische Übungen mache sie dreimal über den Tag verteilt für jeweils 15 bis 20 Minuten gegen die Schmerzen. Am Nachmittag führe sie die Haushaltung mit Pausen und bereite dann ein Abendessen zu. Danach fahre sie mit dem Sohn und von ihm chauffiert zur Zahnarztpraxis, wo sie mit ihm gemeinsam für 2,5 bis 3 Stunden putze. Danach nehme sie gemeinsam mit der Familie das Abendessen ein und mache die Küche. In der Folge lese sie die Bibel oder schaue TV und gehe um 22 Uhr zu Bett. Dabei bestünden aufgrund der Schmerzen und auch teilweise Panikattacken regelmässige Ein- und Durchschlafstörungen. Am Samstag gehe die Explorandin zur Kirche und erledige die Wochenendeinkäufe gemeinsam mit der Familie. Ab und an esse man am Wochenende auch beim älteren Sohn zu Hause. In der Haushaltung sei die Explorandin in der Lage, Kleinigkeiten unter der Woche selbständig zu kaufen. Des Weiteren koche sie, wasche die Wäsche mit Hilfe des Sohnes und erledige Reinigungstätigkeiten mit Hilfe des Sohnes. Die partnerschaftliche Beziehung sei gut und sie könne sich auch gut mit ihrem Mann verständigen, da er Lippenlesen könne. Auch habe sie einen guten Kontakt zu den beiden Söhnen. Sie habe mehrere Freundinnen hier in der Schweiz, mit welchen sie regelmässig Kontakt habe. Auch unterhalte sie einen guten Kontakt zur Ursprungsfamilie des Ehemannes, welche im selben Quartier wie sie lebe. In Vereinen sei die Explorandin nicht aktiv. Als Hobby habe sie das Lesen von Büchern, was sie maximal für eine dreiviertel Stunde leisten könne. Des Weiteren mache sie dreimal am Tag für jeweils 15 bis 20 Minuten zu Hause physiotherapeutische Übungen gegen die Schmerzen. Auch male sie ca. zweimal pro Monat. Basteln könne sie jedoch nicht mehr und auch nähen könne sie praktisch nichts mehr. Private Schulden habe die Explorandin keine. Sie lebe von der Pension des Mannes, dem eigenen Einkommen und der Unterstützung der Kinder. Die letzten Ferien habe sie vor zwei Jahren in Italien mit der Familie per Auto absolviert. Die Explorandin sei in der Lage, die gesamte Haushaltung mit Unterstützung des Sohnes für sich, den Mann und den Sohn zu leisten, selbständig Einkäufe zu erledigen, Arzttermine wahrzunehmen, mit dem Hund spazieren zu gehen und soziale Kontakte zu pflegen. Demnach liegen bei der Beschwerdeführerin neben gewissen Einschränkungen überwiegend positive soziale und persönliche Ressourcen vor.

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 hält der Gutachter fest, Hinweise für Inkonsistenzen bestünden nicht, obwohl während der heutigen Exploration kein Schmerzerleben erkannt werden könne. Die Explorandin schildere Einschränkungen im Alltag und müsse so immer wieder Pausen einlegen und sich schmerzbedingt hinlegen, sowie auch mehrfach am Tag physiotherapeutische Übungen machen. Gestützt auf die Ausführungen des Gutachters ist das Vorliegen einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus somit zu bejahen.

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 [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich führte der Gutachter aus, die Explorandin stehe aktuell seit Januar 2020 in der Praxis von Dr. D.\_\_\_\_ in ambulanter psychologischer Behandlung bei einer italienisch sprechenden Psychologin, welche einmal pro zwei Wochen für 60 bis 75 Minuten stattfindet. Zuvor sei die Explorandin im Ambulatorium der Klinik H.\_\_\_\_ von August bis Oktober 2019 bei einer ebenfalls italienisch sprechenden Therapeutin in Behandlung gestanden. Eine psychopharmakologische Medikation werde aktuell nicht eingenommen. Es hätten jedoch bereits Therapieversuche mit Lyrica und anderen Psychopharmaka bestanden, welche allesamt aufgrund von Nebenwirkungen hätten sistiert werden müssen. Des Weiteren sei die Explorandin vor ca. 10 Jahren aufgrund von Panikattacken während 5 bis 6 Monaten bei einem Psychologen in [ ] in Therapie gestanden. Im Lichte der vorstehenden Ausführungen ist somit von einem leicht- bis mittelgradigen Leidensdruck auszugehen.

4.2.2.2 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten 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 hinreichend ausgewiesen. Gestützt auf die einleuchtende Begründung der Diagnosestellung (s. E. II. 4.1.1 hiervor) und die vorgehende Indikatorenprüfung vermag auch die gutachterliche Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 60 % zu überzeugen.

Am Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens vermögen sodann auch die Rügen der Beschwerdeführerin sowie die dem Teilgutachten entgegenstehenden Berichte des behandelnden Psychiaters nichts zu ändern. Bereits in seinem Gutachten und danach auch in seiner Stellungnahme vom 15. Januar 2021 (IV-Nr. 36) legte der psychiatrische Gutachter Dr. med. C.\_\_\_\_ einleuchtend dar, dass die vom behandelnden Psychiater, Dr. med. D.\_\_\_\_, in seinen Berichten statuierte 70%ige Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar sei. Dies, da aktuell sicherlich keine mittelgradige depressive Episode vorliege und die therapeutischen Möglichkeiten der Behandlung einer depressiven rezidivierenden Störung nicht ausreichend ausgeschöpft seien. Des Weiteren zeige die Explorandin aber auch in ihrer Alltagsgestaltung und den Aktivitäten sowie der Interessen keine Einschränkungen, welche eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen würden. Dies deckt sich denn auch mit den Resultaten der vorstehend durchgeführten Indikatorenprüfung

(s. E. II. 4.2.2.1 hiervor). Bei einer psychiatrischen Exploration ist nach der Rechtsprechung zudem zu beachten, dass diese von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen Spielraum für verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen, was zulässig und zu respektieren ist, sofern der Experte *lege artis* vorgegangen ist. Daher kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_292/2018 vom 15. Januar 2019 E.5.2.2.2, 9C\_363/2018 vom 10. Oktober 2018 E.4.2.3, 9C\_4/2015 vom 5. Mai 2015 E.3.2). Sodann ist in diesem Zusammenhang der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353), weshalb die Berichte von Dr. med. D. \_\_\_ auch unter diesem Gesichtspunkt nur begrenzt beweiskräftig sind und somit den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht zu vermindern vermögen.

Auf das psychiatrische Teilgutachten ist somit abzustellen.

5. Umstritten ist sodann die Statusfrage ■ die Frage also, ob und bejahendenfalls in welchem Pensum die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall ausserhäuslich gearbeitet hätte.

5.1 Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztätig, zeitweilig oder gar nicht erwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was diese bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen (BGE 125 V 146 E. 2c; AHI 1997 S. 289 E. 2b). Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen (BGE 137 V 334 E. 3.2, 117 V 194 E. 3b mit Hinweis). Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist. Dies erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch hypothetische Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat. Derlei ist einer direkten Beweisführung wesensgemäss nicht zugänglich und muss in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_161/2019 vom 28. Juni 2019 E. 5.2).

5.2 Bezüglich der Statusfrage stützt sich die Beschwerdegegnerin auf den Haushaltsabklärungsbericht vom 5. Oktober 2021 (IV-Nr. 58). Darin wurde ausgeführt, am Abklärungsgespräch erkläre das Ehepaar, dass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Einschränkungen vermutlich in einem höheren Arbeitspensum tätig wäre

als aktuell. Heute arbeite sie wöchentlich für 14.5 Stunden, was einem Pensum von 35 % entspreche. Sie sei seit 12 Jahren krank und könne deswegen nicht mehr arbeiten. Auf Nachfrage sage die Versicherte, dass sie sich in den letzten Jahren auf keine Arbeitsstelle mit einem höheren Pensum beworben habe. Sie habe in Italien eine Ausbildung zur Schneiderin absolviert, diese sei in der Schweiz jedoch nicht anerkannt. Gemäss den medizinischen Akten bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 60 %. In einem so hohen Pensum habe die Versicherte seit dem Rentenanspruch des Ehemannes nie gearbeitet, obwohl die finanzielle Situation knapp sei. Dass die Beschwerdeführerin der deutschen Sprache nicht mächtig sei und dass ihre Ausbildung in der Schweiz nicht anerkannt sei, seien invalidenversicherungsfremde Faktoren. Aufgrund der vorliegenden Akten und des Abklärungsgesprächs vor Ort sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Einschränkungen weiterhin in einem Pensum von 35 % ausserhäuslich erwerbstätig wäre und zu 65 % im Bereich Haushalt.

Dagegen gab die Beschwerdeführerin anlässlich des Intakegesprächs vom 30. Oktober 2018 (IV-Nr. 8) an, im Gesundheitsfall würde sie weiterhin in einem 100%-Pensum arbeiten. Sie habe zwei erwachsene Söhne (I. \_\_\_ 1990, J. \_\_\_ 1995). Seit der Krebserkrankung an der Schilddrüse 1997 hätten die gesundheitlichen Beeinträchtigungen stetig zugenommen und der Allgemeinzustand habe sich stetig verschlechtert. Die behandelnden Ärzte des E. \_\_\_ hätten ihr bereits vor sechs Jahren mindestens eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestieren wollen. Aus finanziellen Gründen habe sie eine Krankschreibung abgelehnt und sukzessive ihre Arbeitsstellen von einem damaligen Pensum von 100 % auf aktuell 50 % reduziert. Sodann bringt die Beschwerdeführerin im vorliegenden Beschwerdeverfahren ergänzend vor, anlässlich des Erstgesprächs am 30. Oktober 2018 habe sie spontane und klare Angaben gemacht, wonach sie bei guter Gesundheit zu 100 % erwerbstätig wäre. Es liege nicht eine blosser Behauptung vor, sondern sie habe diese Angaben u.a. mit dem Hinweis auf das fehlende Erwerbseinkommen des Ehemannes begründet. Zum Zeitpunkt des Gespräches sei sie noch nicht anwaltlich vertreten gewesen, weshalb ihre Angaben «als Aussagen erster Stunde» zu qualifizieren und zu gewichten seien. Zudem habe sie in ihrem Heimatland und nach der Einreise in die Schweiz in einem Vollpensum gearbeitet, bis sie erstmals Mutter geworden sei. Danach habe sie die Erwerbstätigkeit wieder teilzeitlich aufgenommen, als die beiden Söhne noch klein gewesen seien. Von medizinischer Seite her sei dokumentiert, dass die Beschwerdeführerin bereits im 2005 starke therapieresistente Ellenbogenschmerzen beklagt habe und sich deswegen in Behandlung eines Rheumatologen, Dr. K. \_\_\_, habe begeben müssen. Dieser habe im 2013 ein Fibromyalgieschmerzsyndrom diagnostiziert (siehe u.a. IV-Nr. 9, 10 - 17). Weiter sei den Akten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin ab 2010 vermehrt unter Gelenkschmerzen gelitten habe, wobei die Fingergelenke betroffen gewesen seien. Zudem sei stets von Rücken- und Hüftbeschwerden berichtet worden. Gegenüber der IV habe die Versicherte weiter angegeben, sie könne nur reduziert bzw. unter Schmerzen arbeiten. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei somit eine Steigerung des Arbeitspensums aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich gewesen und die Versicherte habe alles darangesetzt, die bestehenden Anstellungsverhältnisse, wenn irgendwie möglich, zu behalten. Die IV lasse wesentliche Aspekte aus der Erwerbsbiografie und den Krankheitsverlauf unbeachtet. Die getätigten Abklärungen seien als ungenügend zurückzuweisen. Es sei auf die Aussage erster Stunde abzustellen und von einer 100%igen Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall auszugehen.

5.3 Die Angaben der Beschwerdeführerin, wonach die Ärzte sie schon vor sechs Jahren 50 % hätten krankschreiben wollen, sie die Krankschreibung aus finanziellen Gründen aber abgelehnt und sukzessive ihre Arbeitsstellen von einem damaligen Pensum von 100 % auf aktuell 50 % reduziert habe, finden keine Bestätigung im Auszug des Individuellen Kontos (IK-Auszug) der Beschwerdeführerin (IV-Nr. 7). So finden sich einzig in den Jahren 1989 und 1990 Jahreseinkommen von CHF 28'937.00 bzw. CHF 22'825.00, wobei diese Stellen angesichts der Einkommenshöhe kaum einem 100%-Pensum entsprochen haben dürften. Sodann finden sich im IK-Auszug im Zeitraum von 1991 bis 2003 Jahreseinkommen in einem Bereich zwischen CHF 1'474.00 (2002) und CHF 10'537.00 (1993), wobei in den Jahren 1999 bis 2001 gar kein Einkommen verzeichnet wurde. Schliesslich wurden erst ab 2004 bis 2017 regelmässige Jahreseinkommen in fast gleichbleibender Höhe angegeben, welche sich von Jahr zu Jahr leicht erhöhten ■ so von CHF 12'183.00 im Jahr 2004 bis CHF 14'298.00 im Jahr 2017. Angesichts dieses Verlaufs der Einkommenshöhe über die Jahre ergeben sich ■ trotz der grundsätzlich nachvollziehbaren Angaben der Beschwerdeführerin zu ihrem Krankheitsverlauf ■ zu wenig Hinweise, welche für ein im Gesundheitsfall höheres Pensum als die von der Beschwerdegegnerin angenommenen 35 % sprechen würden. Wie die Beschwerdegegnerin in diesem Zusammenhang zu Recht darauf hingewiesen hat, hat sich die Beschwerdeführerin in den letzten Jahren denn auch nie auf ein höheres Pensum beworben, was ebenfalls gegen ein im Gesundheitsfall höheres Pensum spricht, nachdem sie gestützt auf den IK-Auszug offenbar seit 2004 im gleichbleibenden Pensum von ca. 35 % gearbeitet hat. Demnach ist im Resultat mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin auch ohne Eintritt der teilweisen Arbeitsunfähigkeit zu 35 % ausserhäuslich und zu 65 % im Haushalt tätig wäre.

6. Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass aufgrund einer seit der rheumatologischen Begutachtung möglicherweise eingetretenen gesundheitlichen Verschlechterung (vgl. E. II. 4.1 hiervor) die Einschränkungen im Erwerb und im Aufgabenbereich im vorliegenden Verfahren nicht abschliessend beurteilt werden können. Es bedarf daher eines neuen rheumatologischen Gutachtens. Zudem handelt es sich bei der zu klärenden Frage bezüglich einer möglichen Verschlechterung um eine gänzlich ungeklärte Frage, weshalb das Versicherungsgericht die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückweist (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Zudem hätte die Sache nach Vorliegen der medizinischen Abklärungen ohnehin an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen werden müssen, damit diese gestützt darauf eine erneute Haushaltsabklärung veranlasst. Die Beschwerdegegnerin hat nach den erfolgten Abklärungen neu über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu befinden. Hierbei hat sie auf den im vorliegenden Urteil bestätigten Status ■ 35 % ausserhäuslich und zu 65 % im Haushalt ■ abzustellen. Somit ist die Beschwerde gutzuheissen.

#### **E. 4**

Carpaltunnel Syndrom bds. – leichte Ausprägung (ED 2015) - ENMG am 23. Dezember 2015: Links beginnendes CTS nachweisbar, rechts Normalbefund

#### **E. 4.1**

4.1.1 Im rheumatologischen Teilgutachten vom 22. Oktober 2020 (IV-Nr. 30.1) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit 1. Wide Spread Pain Syndrom / Fibromyalgie (ICD-10: M79.7) - Symptomausweitung und Schonverhalten 2. Lumbospondylogenes Reizsyndrom (ICD-10: M54.4) - Osteochondrosen

mit flacher Protrusion der Bandscheibe LWK 3/4 und LWK 4/5, LWK 5/S1 mit kleiner links-rezessaler Diskushernie mit Kontakt zur Wurzel S1 links ohne radikuläre Reizung, ohne Neurokompression (MRT 15.05.2018) - Hypästhesie an Oberschenkelaussenseite rechts - Haltungs- und Bewegungskontroll-Dysfunktion - Dekonditionierung Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit 3. Papilläres Schilddrüsenkarzinom rechts mit ausgedehnter, follikulärer Differenzierung pT2a pNx G1 (ED 1997) - Status nach totaler Thyreoidektomie - Status nach einmaliger Radiojod-Elimination 1997 im KSB - seither rezidivfreier Verlauf

#### **E. 4.2.1**

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 23. Oktober 2020 (IV-Nr. 30.4) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit 1. Rezidivierende depressive Störung, ggw. leichtgradige Episode (ICD-10: F33.0) 2. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit · Keine. In der Folge begründete der Gutachter die von ihm gestellten Diagnosen gestützt auf seine umfassenden Befunderhebungen (s. S. 10 - 14 des psychiatrischen Teilgutachtens) in nachvollziehbarer Weise: Die Explorandin leide seit ca. 12 Jahren an Schmerzen im Bereich des ganzen Körpers, welche sie in ihrer Leistungsfähigkeit und beim Schlafen einschränkten. Da sowohl durch die Erkrankung und die dadurch erlittene Gehörlosigkeit des Ehemannes, als auch durch die selber durchgemachte Thyreoidektomie aufgrund eines Schilddrüsenkarzinoms psychosoziale Belastungsfaktoren bestünden und eine psychiatrische Komorbidität durch die nachfolgende Diagnose vorhanden sei, könne eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) diagnostiziert werden, sofern diese Schmerzen nicht ausreichend durch somatische Befunde zu erklären wären. Zusätzlich müsse vom Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung, ggw. leichtgradige Episode (ICD-10: F33.0), ausgegangen werden. Dies, da die Explorandin aufgrund von Angst resp. Panik und depressiven Symptomen bereits vor ca. zehn Jahren eine halbjährige Therapie durchlaufen habe und aktuell seit August 2019 eine depressive Episode beschrieben werde. Aktuell liege lediglich eine leichtgradige depressive Episode vor, was auch in der Hamilton Depression Scale Testung bestätigt worden sei, da Grübeln, eine leichte Anhedonie, Insuffizienzgefühle, Ängste und Panik, eine leicht erhöhte Ermüdbarkeit, Durchschlafstörungen und ein Verlust der Libido vorlägen. Andere psychopathologische Befunde oder gar Diagnosen seien nicht zu stellen. Insbesondere die Panikattacken, welche von der Explorandin meistens gut abgefangen werden könnten, könnten im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung gesehen werden. Sodann wurde in der Gesamtbeurteilung der beiden Gutachter (IV-Nr. 30.6) ergänzend angefügt, es lägen keine Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung resp. eine Störung der «komplexen Ich-Funktion» vor. Die Explorandin habe jahrelange berufliche Tätigkeiten in denselben Betrieben geleistet und daneben stabile soziale Beziehungen gelebt.

#### **E. 4.2.2**

4.2.2.1 Sodann führte der psychiatrische Gutachter hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus, in der bisherigen Tätigkeit als Raumpflegerin resp. Hauswartin sei die Explorandin aufgrund der leichtgradigen depressiven Episode, welche sich durch Grübeln und einer erhöhten Ermüdbarkeit negativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, als auch aufgrund der Schmerzen im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu 40 % als arbeitsunfähig zu beurteilen. Dieses Ausmass der Arbeitsunfähigkeit müsse

aktenanamnestisch ab August 2019 angenommen werden und zeige sich auch im heute durchgeführten Mini-ICF-APP-Rating-Bogen, wo mittelgradige Beeinträchtigungen bei der Anwendung fachlicher Kompetenzen und den Spontan-Aktivitäten gefunden worden seien. Bei der oben genannten Tätigkeit handle es sich um eine angepasste Tätigkeit, da die Explorandin lediglich leichte körperlich wechselbelastende Tätigkeiten ausüben müsse. Somit ist im Weiteren zu prüfen, ob die vom psychiatrischen Gutachter attestierte Arbeitsunfähigkeit von 40 % 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 (Urteil 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 Prüfungsraaster 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 (E. II. 4.2.1 hiervor) verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass von einer leicht- bis mittelgradigen Ausprägung der gestellten Diagnosen auszugehen ist. Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, durch die jetzige ambulante psychotherapeutische Behandlung sei eine Remission der depressiven Symptomatik von mittel- zu leichtgradig erreicht worden. Diese psychotherapeutische Behandlung sollte weitergeführt und idealerweise eine antidepressive Medikation installiert werden, da es sich um eine rezidivierende depressive Störung handle. Eine Behandlungsresistenz ist demnach zu verneinen. Sodann äussern sich die Gutachter zwar nicht zu einer allfälligen Eingliederungsresistenz, gestützt auf das Gutachten, welches der Beschwerdeführerin in einer ausserhäuslichen Tätigkeit eine 60%ige Arbeitsfähigkeit attestiert, ist aber nicht anzunehmen, dass eine solche besteht. 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 psychiatrischen Teilgutachten wird den gestellten Diagnosen keine zusätzliche ressourcenhemmende Wirkung zugemessen. Zu der 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 ist dem Gutachten zu entnehmen, die Explorandin lebe gemeinsam mit ihrem Mann und dem jüngsten Sohn seit 32 Jahren in einer 3-Zimmer Mietwohnung. Mit im Haushalt lebten ein Hund, eine Katze und eine Schildkröte. Die Beschwerdeführerin stehe um 8.30 Uhr auf. Danach mache sie Dehnungsübungen, trinke Kaffee und nehme die Medikamente ein. Am Morgen nehme sie Therapietermine mit den öffentlichen Verkehrsmitteln selbständig wahr oder gehe mit dem Hund für 10 bis 15 Minuten spazieren. Danach erledige sie Haushaltstätigkeiten, wobei sie sich im Verlaufe des Morgens einmal kurz aufgrund der Schmerzen hinlegen müsse. Danach bereite sie ein Mittagessen zu, welches sie gemeinsam mit der Familie einnehme, dann lege sie sich nochmals für eine Stunde aufgrund der Schmerzen hin. Physiotherapeutische Übungen mache sie dreimal über den Tag verteilt für jeweils 15 bis 20 Minuten gegen die Schmerzen. Am Nachmittag führe sie die Haushaltung mit Pausen und bereite dann ein Abendessen zu. Danach fahre sie mit dem Sohn und von ihm chauffiert zur Zahnarztpraxis, wo sie mit ihm gemeinsam für 2,5 bis 3 Stunden putze. Danach nehme sie gemeinsam mit der Familie das Abendessen ein und mache die Küche. In der Folge lese sie die Bibel oder schaue TV und gehe um 22 Uhr zu Bett. Dabei bestünden aufgrund der Schmerzen und auch teilweise Panikattacken regelmässige Ein- und Durchschlafstörungen. Am Samstag gehe die Explorandin zur Kirche und erledige die Wochenendeinkäufe gemeinsam mit der Familie. Ab und an esse man am Wochenende auch beim älteren Sohn zu Hause. In der Haushaltung sei die Explorandin in der Lage, Kleinigkeiten unter der Woche selbständig zu kaufen. Des Weiteren koche sie, wasche die Wäsche mit Hilfe des Sohnes und erledige Reinigungstätigkeiten mit Hilfe des Sohnes. Die partnerschaftliche Beziehung sei gut und sie könne sich auch gut mit ihrem Mann verständigen, da er Lippenlesen könne. Auch habe sie einen guten Kontakt zu den beiden Söhnen. Sie habe mehrere Freundinnen hier in der Schweiz, mit welchen sie regelmässig Kontakt habe. Auch unterhalte sie einen guten Kontakt zur Ursprungsfamilie des Ehemannes, welche im selben Quartier wie sie lebe. In Vereinen sei die Explorandin nicht aktiv. Als Hobby habe sie das

Lesen von Büchern, was sie maximal für eine dreiviertel Stunde leisten könne. Des Weiteren mache sie dreimal am Tag für jeweils 15 bis 20 Minuten zu Hause physiotherapeutische Übungen gegen die Schmerzen. Auch male sie ca. zweimal pro Monat. Basteln könne sie jedoch nicht mehr und auch nähen könne sie praktisch nichts mehr. Private Schulden habe die Explorandin keine. Sie lebe von der Pension des Mannes, dem eigenen Einkommen und der Unterstützung der Kinder. Die letzten Ferien habe sie vor zwei Jahren in Italien mit der Familie per Auto absolviert. Die Explorandin sei in der Lage, die gesamte Haushaltung mit Unterstützung des Sohnes für sich, den Mann und den Sohn zu leisten, selbständig Einkäufe zu erledigen, Arzttermine wahrzunehmen, mit dem Hund spazieren zu gehen und soziale Kontakte zu pflegen. Demnach liegen bei der Beschwerdeführerin neben gewissen Einschränkungen überwiegend positive soziale und persönliche Ressourcen vor. 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 hält der Gutachter fest, Hinweise für Inkonsistenzen bestünden nicht, obwohl während der heutigen Exploration kein Schmerzerleben erkannt werden könne. Die Explorandin schildere Einschränkungen im Alltag und müsse so immer wieder Pausen einlegen und sich schmerzbedingt hinlegen, sowie auch mehrfach am Tag physiotherapeutische Übungen machen. Gestützt auf die Ausführungen des Gutachters ist das Vorliegen einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus somit zu bejahen. 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 [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich führte der Gutachter aus, die Explorandin stehe aktuell seit Januar 2020 in der Praxis von Dr. D. \_\_\_ in ambulanter psychologischer Behandlung bei einer italienisch sprechenden Psychologin, welche einmal pro zwei Wochen für 60 bis 75 Minuten stattfindet. Zuvor sei die Explorandin im Ambulatorium der Klinik H. \_\_\_ von August bis Oktober 2019 bei einer ebenfalls italienisch sprechenden Therapeutin in Behandlung gestanden. Eine psychopharmakologische Medikation werde aktuell nicht eingenommen. Es hätten jedoch bereits Therapieversuche mit Lyrica und anderen Psychopharmaka bestanden, welche allesamt aufgrund von Nebenwirkungen hätten sistiert werden müssen. Des Weiteren sei die Explorandin vor ca. 10 Jahren aufgrund von Panikattacken während 5 bis 6 Monaten bei einem Psychologen in [...] in Therapie gestanden. Im Lichte der vorstehenden Ausführungen ist somit von einem leicht- bis mittelgradigen Leidensdruck auszugehen. 4.2.2.2 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten 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 hinreichend ausgewiesen. Gestützt auf die einleuchtende Begründung der Diagnosestellung (s. E. II. 4.1.1 hiervor) und die vorgehende Indikatorenprüfung vermag auch die gutachterliche Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 60 % zu überzeugen. Am Beweiswert des

psychiatrischen Teilgutachtens vermögen sodann auch die Rügen der Beschwerdeführerin sowie die dem Teilgutachten entgegenstehenden Berichte des behandelnden Psychiaters nichts zu ändern. Bereits in seinem Gutachten und danach auch in seiner Stellungnahme vom 15. Januar 2021 (IV-Nr. 36) legte der psychiatrische Gutachter Dr. med. C. \_\_\_ einleuchtend dar, dass die vom behandelnden Psychiater, Dr. med. D. \_\_\_, in seinen Berichten statuierte 70%ige Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar sei. Dies, da aktuell sicherlich keine mittelgradige depressive Episode vorliege und die therapeutischen Möglichkeiten der Behandlung einer depressiven rezidivierenden Störung nicht ausreichend ausgeschöpft seien. Des Weiteren zeige die Explorandin aber auch in ihrer Alltagsgestaltung und den Aktivitäten sowie der Interessen keine Einschränkungen, welche eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen würden. Dies deckt sich denn auch mit den Resultaten der vorstehend durchgeführten Indikatorenprüfung (s. E. II. 4.2.2.1 hiervor). Bei einer psychiatrischen Exploration ist nach der Rechtsprechung zudem zu beachten, dass diese von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen Spielraum für verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen, was zulässig und zu respektieren ist, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Daher kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_292/2018 vom 15. Januar 2019 E.5.2.2.2, 9C\_363/2018 vom 10. Oktober 2018 E.4.2.3, 9C\_4/2015 vom 5. Mai 2015 E.3.2). Sodann ist in diesem Zusammenhang der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353), weshalb die Berichte von Dr. med. D. \_\_\_ auch unter diesem Gesichtspunkt nur begrenzt beweiskräftig sind und somit den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht zu vermindern vermögen. Auf das psychiatrische Teilgutachten ist somit abzustellen. 5. Umstritten ist sodann die Statusfrage – die Frage also, ob und bejahendenfalls in welchem Pensum die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall ausserhäuslich gearbeitet hätte. 5.1 Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztätig, zeitweilig oder gar nicht erwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was diese bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen (BGE 125 V 146 E. 2c; AHI 1997 S. 289 E. 2b). Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen (BGE 137 V 334 E. 3.2, 117 V 194 E. 3b mit Hinweis). Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist. Dies erfordert zwangsläufig eine

hypothetische Beurteilung, die auch hypothetische Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat. Derlei ist einer direkten Beweisführung wesensgemäss nicht zugänglich und muss in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_161/2019 vom 28. Juni 2019 E. 5.2).

5.2 Bezüglich der Statusfrage stützt sich die Beschwerdegegnerin auf den Haushaltsabklärungsbericht vom 5. Oktober 2021 (IV-Nr. 58). Darin wurde ausgeführt, am Abklärungsgespräch erkläre das Ehepaar, dass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Einschränkungen vermutlich in einem höheren Pensum tätig wäre als aktuell. Heute arbeite sie wöchentlich für 14.5 Stunden, was einem Pensum von 35 % entspreche. Sie sei seit 12 Jahren krank und könne deswegen nicht mehr arbeiten. Auf Nachfrage sage die Versicherte, dass sie sich in den letzten Jahren auf keine Arbeitsstelle mit einem höheren Pensum beworben habe. Sie habe in Italien eine Ausbildung zur Schneiderin absolviert, diese sei in der Schweiz jedoch nicht anerkannt. Gemäss den medizinischen Akten bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 60 %. In einem so hohen Pensum habe die Versicherte seit dem Rentenanspruch des Ehemannes nie gearbeitet, obwohl die finanzielle Situation knapp sei. Dass die Beschwerdeführerin der deutschen Sprache nicht mächtig sei und dass ihre Ausbildung in der Schweiz nicht anerkannt sei, seien invalidenversicherungsfremde Faktoren. Aufgrund der vorliegenden Akten und des Abklärungsgesprächs vor Ort sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Einschränkungen weiterhin in einem Pensum von 35 % ausserhäuslich erwerbstätig wäre und zu 65 % im Bereich Haushalt. Dagegen gab die Beschwerdeführerin anlässlich des Intakegesprächs vom 30. Oktober 2018 (IV-Nr. 8) an, im Gesundheitsfall würde sie weiterhin in einem 100%-Pensum arbeiten. Sie habe zwei erwachsene Söhne (I. \_\_\_ 1990, J. \_\_\_ 1995). Seit der Krebserkrankung an der Schilddrüse 1997 hätten die gesundheitlichen Beeinträchtigungen stetig zugenommen und der Allgemeinzustand habe sich stetig verschlechtert. Die behandelnden Ärzte des E. \_\_\_ hätten ihr bereits vor sechs Jahren mindestens eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestieren wollen. Aus finanziellen Gründen habe sie eine Krankschreibung abgelehnt und sukzessive ihre Arbeitsstellen von einem damaligen Pensum von 100 % auf aktuell 50 % reduziert. Sodann bringt die Beschwerdeführerin im vorliegenden Beschwerdeverfahren ergänzend vor, anlässlich des Erstgesprächs am 30. Oktober 2018 habe sie spontane und klare Angaben gemacht, wonach sie bei guter Gesundheit zu 100 % erwerbstätig wäre. Es liege nicht eine blosser Behauptung vor, sondern sie habe diese Angaben u.a. mit dem Hinweis auf das fehlende Erwerbseinkommen des Ehemannes begründet. Zum Zeitpunkt des Gesprächs sei sie noch nicht anwaltlich vertreten gewesen, weshalb ihre Angaben «als Aussagen erster Stunde» zu qualifizieren und zu gewichten seien. Zudem habe sie in ihrem Heimatland und nach der Einreise in die Schweiz in einem Vollpensum gearbeitet, bis sie erstmals Mutter geworden sei. Danach habe sie die Erwerbstätigkeit wieder teilzeitlich aufgenommen, als die beiden Söhne noch klein gewesen seien. Von medizinischer Seite her sei dokumentiert, dass die Beschwerdeführerin bereits im 2005 starke therapieresistente Ellenbogenschmerzen beklagt habe und sich deswegen in Behandlung eines Rheumatologen, Dr. K. \_\_\_, habe begeben müssen. Dieser habe im 2013 ein Fibromyalgieschmerzsyndrom diagnostiziert (siehe u.a. IV-Nr. 9, 10 - 17). Weiter sei den Akten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin ab 2010 vermehrt unter Gelenkschmerzen gelitten habe, wobei die Fingergelenke betroffen gewesen seien. Zudem sei stets von Rücken- und Hüftbeschwerden berichtet worden. Gegenüber der IV habe die Versicherte weiter angegeben, sie könne nur reduziert bzw. unter Schmerzen arbeiten. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei somit eine Steigerung

des Arbeitspensums aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich gewesen und die Versicherte habe alles darangesetzt, die bestehenden Anstellungsverhältnisse, wenn irgendwie möglich, zu behalten. Die IV lasse wesentliche Aspekte aus der Erwerbsbiografie und den Krankheitsverlauf unbeachtet. Die getätigten Abklärungen seien als ungenügend zurückzuweisen. Es sei auf die Aussage erster Stunde abzustellen und von einer 100%igen Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall auszugehen. 5.3 Die Angaben der Beschwerdeführerin, wonach die Ärzte sie schon vor sechs Jahren 50 % hätten krankschreiben wollen, sie die Krankschreibung aus finanziellen Gründen aber abgelehnt und sukzessive ihre Arbeitsstellen von einem damaligen Pensum von 100 % auf aktuell 50 % reduziert habe, finden keine Bestätigung im Auszug des Individuellen Kontos (IK-Auszug) der Beschwerdeführerin (IV-Nr. 7). So finden sich einzig in den Jahren 1989 und 1990 Jahreseinkommen von CHF 28'937.00 bzw. CHF 22'825.00, wobei diese Stellen angesichts der Einkommenshöhe kaum einem 100%-Pensum entsprochen haben dürften. Sodann finden sich im IK-Auszug im Zeitraum von 1991 bis 2003 Jahreseinkommen in einem Bereich zwischen CHF 1'474.00 (2002) und CHF 10'537.00 (1993), wobei in den Jahren 1999 bis 2001 gar kein Einkommen verzeichnet wurde. Schliesslich wurden erst ab 2004 bis 2017 regelmässige Jahreseinkommen in fast gleichbleibender Höhe angegeben, welche sich von Jahr zu Jahr leicht erhöhten – so von CHF 12'183.00 im Jahr 2004 bis CHF 14'298.00 im Jahr 2017. Angesichts dieses Verlaufs der Einkommenshöhe über die Jahre ergeben sich – trotz der grundsätzlich nachvollziehbaren Angaben der Beschwerdeführerin zu ihrem Krankheitsverlauf – zu wenig Hinweise, welche für ein im Gesundheitsfall höheres Pensum als die von der Beschwerdegegnerin angenommenen 35 % sprechen würden. Wie die Beschwerdegegnerin in diesem Zusammenhang zu Recht darauf hingewiesen hat, hat sich die Beschwerdeführerin in den letzten Jahren denn auch nie auf ein höheres Pensum beworben, was ebenfalls gegen ein im Gesundheitsfall höheres Pensum spricht, nachdem sie gestützt auf den IK-Auszug offenbar seit 2004 im gleichbleibenden Pensum von ca. 35 % gearbeitet hat. Demnach ist im Resultat mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin auch ohne Eintritt der teilweisen Arbeitsunfähigkeit zu 35 % ausserhäuslich und zu 65 % im Haushalt tätig wäre.

6. Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass aufgrund einer seit der rheumatologischen Begutachtung möglicherweise eingetretenen gesundheitlichen Verschlechterung (vgl. E. II. 4.1 hiervor) die Einschränkungen im Erwerb und im Aufgabenbereich im vorliegenden Verfahren nicht abschliessend beurteilt werden können. Es bedarf daher eines neuen rheumatologischen Gutachtens. Zudem handelt es sich bei der zu klärenden Frage bezüglich einer möglichen Verschlechterung um eine gänzlich ungeklärte Frage, weshalb das Versicherungsgericht die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückweist (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Zudem hätte die Sache nach Vorliegen der medizinischen Abklärungen ohnehin an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen werden müssen, damit diese gestützt darauf eine erneute Haushaltsabklärung veranlasst. Die Beschwerdegegnerin hat nach den erfolgten Abklärungen neu über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu befinden. Hierbei hat sie auf den im vorliegenden Urteil bestätigten Status – 35 % ausserhäuslich und zu 65 % im Haushalt – abzustellen. Somit ist die Beschwerde gutzuheissen. 7. 7.1 Bei diesem Verfahrensausgang (formelles Obsiegen) steht der Beschwerdeführerin eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung auf CHF 2'679.00 festzusetzen (10.3 Stunden zu dem in der Kostennote geltend gemachten Stundenansatz von

CHF 230.00 zuzüglich Auslagen von 5 % und MwSt.). Der Unterschied zur eingereichten Kostennote resultiert unter anderem daraus, dass Orientierungskopien an die Klientin sowie die Einreichung der Kostennote Kanzleiaufwand darstellen, welcher nicht separat vergütet wird. Zudem wird für den Fallabschluss bei Gutheissung pauschal eine halbe Stunde vergütet. 7.2 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. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die IV-Stelle die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist der Beschwerdeführerin der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

## **E. 5**

Vitamin-D-Mangel, substituiert

## **E. 6**

Osteoporose unter Bisphosphonat-Therapie

## **E. 7**

7.1 Bei diesem Verfahrensausgang (formelles Obsiegen) steht der Beschwerdeführerin eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung auf CHF 2'679.00 festzusetzen (10.3 Stunden zu dem in der Kostennote geltend gemachten Stundenansatz von CHF 230.00 zuzüglich Auslagen von 5 % und MwSt.). Der Unterschied zur eingereichten Kostennote resultiert unter anderem daraus, dass Orientierungskopien an die Klientin sowie die Einreichung der Kostennote Kanzleiaufwand darstellen, welcher nicht separat vergütet wird. Zudem wird für den Fallabschluss bei Gutheissung pauschal eine halbe Stunde vergütet.

7.2 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. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die IV-Stelle die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist der Beschwerdeführerin der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 18. Januar 2023 aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle zurückgewiesen, damit sie im Sinne der Erwägungen verfährt und hierauf neu entscheidet.

2. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von CHF 2'679.00 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

Rechtsmittel



rheumatologisch – könne nicht eruiert werden. Die Muskel- und Gelenkschmerzen könnten keiner rheumatologisch entzündlichen oder degenerativen Krankheit zugeordnet werden, sondern seien im Rahmen des Widespread Pain Syndroms / Fibromyalgie zu werten. Die Fibromyalgie könne subsumiert werden in das Bild der somatoformen Schmerzstörung. Hierzu passend seien auch das Schonverhalten und die Waddell-Zeichen. Sodann beurteilte der rheumatologische Gutachter die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gestützt auf die vorgehenden Ausführungen in nachvollziehbarer Weise: Die bisherige Tätigkeit als Reinigungsarbeiterin / Hauswartin könne als leicht und intermittierend mittelschwer bezeichnet werden. Eine solche Tätigkeit sei bezüglich der körperlichen Strukturen und bei Fehlen von Pathologien medizinisch-theoretisch zu 80 % möglich. Die 20%ige Reduktion ergebe sich aufgrund der subjektiv starken Schmerzsymptomatik, der Erschöpfung sowie der Leistungsminderung. Der Pausenbedarf sei ebenfalls erhöht aufgrund der chronischen Schmerzerkrankung. Diese Beurteilung sei aus rein somatisch-rheumatologisch und schmerzmedizinischer Sicht gestellt worden und nur im Kontext der psychiatrischen Beurteilung hinsichtlich der Überwindbarkeit von Schmerz anzuwenden. In einer angepassten Tätigkeit sei aus somatischer Sicht ebenfalls eine leichte und mittelschwere Tätigkeit in einem 80%-Pensum durchführbar. Dabei sollten Zwangshaltungen gebückt oder überstreckt sowie repetitive Rumpfbeugungen vermieden werden. Ebenso seien die weiteren Belastungsangaben gemäss S. 24 ff. des rheumatologischen Teilgutachtens zu befolgen. Bei den Haushaltstätigkeiten bestünden aus somatischer Sicht keine Einschränkungen.

4.1.2 Weiter ist zu prüfen, ob die dem rheumatologischen Teilgutachten entgegenstehenden Arztberichte an dessen Beweiswert etwas zu ändern und ob die nach dem Gutachten ergangenen Arztberichte eine allfällige gesundheitliche Verschlechterung seit der gutachterlichen Untersuchung zu begründen vermögen. Mit Stellungnahme vom 12. Februar 2021 äusserte sich der rheumatologische Gutachter zu der von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Bericht vom 26. November 2020 (IV-Nr. 33) am Gutachten vorgebrachten Kritik und legte nachvollziehbar dar, dass medizinisch-theoretisch die Arbeitsfähigkeit aus rein rheumatologischer Sicht nie längerfristig eingeschränkt gewesen sei. In der gutachterlichen rheumatologischen Untersuchung habe kein explizites Beschwerdebild objektiviert werden können, welches eine leichte und intermittierend mittelschwere Tätigkeit verhindern würde. Die Fibromyalgie respektive das Widespread Pain Syndrom hingegen sei syndromal und es sollte diesbezüglich der Leistungsfähigkeit rheumatologisch nicht über eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit ohne psychiatrische Komorbidität diagnostiziert werden. Sodann setzte sich der rheumatologische Gutachter mit dem nach der Begutachtung eingereichten Bericht des E.\_\_\_\_ vom 11. Januar 2021 (IV-Nr. 37, S. 2) auseinander und verneinte in diesem Zusammenhang eine seit der Begutachtung eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes: In diesem Bericht sei neu die Diagnose einer erosiven rheumatoiden Arthritis gestellt worden. Es könne einzig mit der MRT-Untersuchung vom 29. Dezember 2020 ein Minimalbefund einer entzündlichen Manifestation (lediglich Synovitis beschrieben, kein Knochenmarksödem) weiterhin unklarer Zuordnung objektiviert werden. Dieses Beschwerdebild für sich alleine möge formal mit den anamnestischen Beschwerden die Diagnose einer rheumatoiden Arthritis ergeben, gemäss den Klassifikationskriterien, jedoch nicht bezüglich der zu erwartenden Symptomatik und Schmerz-Generalisierung. Insbesondere könne keine humerale oder zelluläre entzündliche Immunreaktion objektiviert werden oder die Immunserologie dazu herangezogen werden, um einen akzentuierten oder schweren Verlauf zu postulieren. Auch ungesehen von den hochsensitiven MRT-Befunden

könne bei nun über 10-jährig möglichen intermittierenden Reizung im Karpus oder den Metacarpophalangeal- und Interphalangealgelenken nicht von einer aggressiven Form einer Arthritis ausgegangen werden und somit sei keine Erklärung für das von der Versicherten präsentierte Schmerzbild und die Einschränkungen zu sehen. Insgesamt ändere sich an der Beurteilung im rheumatologischen Gutachten damit lediglich die Erwähnung dieser möglichen Diagnose. Ergänzend setzte sich der rheumatologische Gutachter mit Stellungnahme vom 27. Mai 2021 (IV-Nr. 54) mit dem Bericht des E.\_\_\_\_ vom 15. März 2021 (IV-Nr. 51) auseinander und führte aus, dass das darin beschriebene Auftreten der Hypästhesie der linken Körperhälfte sowie die Ganzkörperschmerzsymptomatik im Rahmen der somatoformen Störung im psychiatrischen Bereich mit eingeordnet werden könnten. Zusätzlich könne mit den vorliegenden, neu auch arthrosonographischen Befunden und der nicht ganz klaren MRT-Untersuchung der Hand rechts vom Dezember 2020 keine derart aktive rheumatoide Arthritis objektiviert werden, welche das Ausmass der Beschwerden erklären könnte. Somit werde an der gutachterlichen Beurteilung festgehalten. Von dieser Haltung wich der rheumatologische Gutachter aber dann mit seiner Stellungnahme vom 9. November 2022 (IV-Nr. 76, S. 2) ab, worin er sich zu den MRT-Untersuchungen beider Hände vom 13. und 21. Juni 2022 (IV-Nr. 72, S. 2 und 4) äusserte. Darin führte er aus, in den MRT-Untersuchungen beider Hände 2022 (siehe unten) könnten im Bereich der linken Hand eine milde Synovialitis sowie eine insgesamt stationäre Situation objektiviert werden, im Bereich der rechten Hand im Gesamtausmass eine progrediente Synovialitis und gering progrediente Erosionen. Rein bildmorphologisch könne von einer rheumatoiden Arthritis gesprochen werden. Direkte Implikationen auf eine Arbeitsfähigkeit könnten jedoch ohne klinische Beurteilung und Beurteilung der MRT-Bilder im Sinne eines Gutachtens nicht abgeleitet werden. Dies insbesondere, da die bisher ausgeführte Tätigkeit als leicht und intermittierend mittelschwer bezeichnet werden könne. Damit räumte der Gutachter ein, dass er eine allfällige Auswirkung dieser neuen Befunde auf die Arbeitsfähigkeit nicht ohne zusätzliche klinische Untersuchungen im Rahmen eines Gutachtens beurteilen könne. Damit brachte er aber sinngemäss auch zum Ausdruck, dass er – anders als in seinen vorhergehenden Stellungnahmen – nicht mehr ohne Weiteres an seiner Beurteilung aus dem Gutachten festhalten kann. Hinzukommt, dass die behandelnde Rheumatologin der Beschwerdeführerin, Dr. med. F.\_\_\_\_, G.\_\_\_\_, in ihren Stellungnahmen vom 13. April 2022 (IV-Nr. 67, S. 7) und 29. August 2022 (IV-Nr. 70) hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eine diametral entgegengesetzte Meinung zur gutachterlichen Beurteilung vertritt: Sie sei mit den Diagnosen auf den Seiten 16 und 25 nicht einverstanden. Hier fehle eindeutig die Diagnose der erosiven progredienten Polyarthritiden, der MRI-Befund vom 29. Dezember 2020 zeige eindeutig eine progrediente erosive Polyarthritiden. Die Arthritiden und Tenosynovitiden der Hände führten zu einer deutlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Raumpflegerin. Diese Einschränkung bestehe (aktenanamnestisch) seit mindestens 2014. Die bisherige Tätigkeit sei aktuell nicht zumutbar, in der Zukunft könne ggf. nach erfolgreicher immunsuppressiver Therapie einem reduzierten Arbeitspensum von 30 % nachgegangen werden. Bei der Beschwerdeführerin zeigten sich wiederholt in verschiedenen MRI's Synovialitiden, Tendovaginitiden und eine Handgelenksarthritiden bds. (zuletzt im 06/22). Diese bildgebenden Befunde korrelierten mit den Beschwerden und erklärten das Funktionsdefizit. Aus rheumatologischer Sicht sei zum jetzigen Zeitpunkt keine Arbeitsfähigkeit vorhanden. Zusammenfassend hätte die Beschwerdeführerin somit bei dieser Konstellation nicht ohne weitere medizinische Abklärungen entscheiden dürfen. Demnach kann aufgrund einer möglichen

Verschlechterung aus rheumatologischer Sicht nicht auf das rheumatologische  
Teilgutachten abgestellt werden.

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