

# SO\_GERICHTE VSBES.2024.293 vom 30. März 2026

SO Obergericht, 2026-03-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2024.293](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2024.293)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2024.293 du 30 mars 2026

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2024.293 del 30 marzo 2026

## Erwägungen

### E. 20

September 2023 (IV-Nr. 91) und hielt dazu fest, das psychiatrische Teilgutachten vom 23. Oktober 2020 (IV-Nr. 30.4) sei voll beweiswertig. Dagegen könne auf das rheumatologische Teilgutachten vom 22. Oktober 2020 (IV-Nr. 30.1) aufgrund einer möglichen Verschlechterung aus rheumatologischer Sicht nicht abgestellt werden. Es bedürfe daher eines neuen rheumatologischen Gutachtens. Gestützt darauf wies das Versicherungsgericht die Sache an die Beschwerdegegnerin zurück, damit sie im Sinne der Erwägungen verfare und hierauf neu entscheide. Vorweg werden somit nachfolgend die diesbezüglichen Erwägungen des Versicherungsgerichts aus dem Urteil vom 20. September 2023 wiedergegeben:

«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 Ausfall-symptomatik 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 Polyarthritits 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. G.\_\_\_\_, 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 D.\_\_\_\_ 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 D.\_\_\_\_ 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. C.\_\_\_\_, H.\_\_\_\_, 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 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, ggf. 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 Haushaltungstätigkeiten, 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. G.\_\_\_\_ 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 I.\_\_\_\_ 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 Olten 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. F.\_\_\_\_ einleuchtend dar, dass die vom behandelnden Psychiater, Dr. med. G.\_\_\_\_, 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. G.\_\_\_\_ 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.

5.1 Sodann veranlasste die Beschwerdegegnerin aufgrund der mit Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2023.50 vom 20. September 2023 erfolgten Rückweisung des rheumatologischen Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_, welches am 19. April 2024 (IV-Nr. 106.1) erging. Somit ist nachfolgend dessen Beweiswert zu prüfen. Im Gutachten wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkung auf Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne Auswirkung auf Arbeitsfähigkeit

Zur Beurteilung führte der Gutachter aus, in der letzten gutachterlichen Beurteilung 2020 habe kein klarer Hinweis für eine systemisch entzündliche Erkrankung im Sinne einer rheumatoiden Arthritis objektiviert werden können. In den im Nachhinein durchgeführten MRT-Untersuchungen der Hände im Juni 2022 seien möglich entzündliche Veränderungen und auch Erosionen oder zystische Veränderungen in den Händen beschrieben worden, welche jedoch im Gesamtkontext nicht klinisch, sondern lediglich formal, einer rheumatoiden Arthritis hätten zugeordnet werden können. Insbesondere für eine Arthritis wäre ein Knochenmarködem an den Gelenkpartnern als diagnostisches Kriterium wichtig. Es zeigten sich MR-tomografisch mögliche erosive Veränderungen, respektive kleine zystische Veränderungen in den Handwurzelknochen sowie palmare Sehnscheiden-Synovitiden und Tendovaginitiden, welche arthrosonographisch bis anhin in keiner Untersuchung, auch aktuell nicht, hätten bestätigt werden können. Hierfür fehlten die notwendigen Verdickungen der Sehnen und Sehnscheiden, die entzündlichen Veränderungen und Aktivitätshinweise eines Powerdopplersignals. Dies habe auch in den Vorbeurteilungen der Rheumatologen am D.\_\_\_\_ zu verschiedenen Diagnosen geführt. Es sei von Polyarthralgien, dann wiederum von unspezifischer oder undifferenzierter Polyarthritiden oder einer seronegativen rheumatoiden Arthritis gesprochen worden, jeweils mit differentialdiagnostischen weiteren Erwägungen. Somit sei keine klare Diagnose gestellt worden. Bei diesen Beurteilungen sei der übrige Bewegungsapparat, welcher keinerlei entzündliche Veränderungen aufweise ausgeklammert, dies sei jedoch für die Explorandin ein massgeblicher Ort ihres Schmerzes. Somit könne davon ausgegangen werden, dass die klare Einteilung oder die klare Zuteilung der morphologischen Veränderungen im Bereich des Handskelettes weiterhin nicht abschliessend geklärt sei oder geklärt werden könne. Gegen eine aktive Form einer rheumatoiden Arthritis spreche die milde Form der Tenosynovitis und Synovialitis, das Nichtansprechen auf die kontinuierliche Glukokortikoid-Einnahme sowie die diversen immunsupprimierenden und immunmodulierenden Therapiemassnahmen in den letzten Jahren und keine Änderung der Beschwerden nach Absetzen.

Hinsichtlich der diagnostischen Einordnung führte der Gutachter sodann nachvollziehbar aus, die chronische generalisierte Schmerzsymptomatik des Widespread Pain-Syndroms könne bestätigt werden. Diese sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Rahmen der anhaltend somatoformen Schmerzstörung und einer depressiven Störung fixiert. Das lumbospondylogene Schmerzsyndrom könne, wie im Gutachten 2020, bestätigt werden, eine Verschlechterung sei hier nicht eingetreten. Das aktuell zur Diskussion stehende Beschwerdebild sei die von der Rheumatologie des D.\_\_\_\_ postulierte Polyarthrit, welche lediglich anhand der erhobenen MRT-Befunde der Hände differenzierter beurteilt werden müsse. Die Kriterien einer Polyarthrit gemäss ACR-Kriterien könnten formal nachvollzogen werden, eine Diagnose einer therapieresistenten, aktiven rheumatoiden Arthritis könne klinisch und somit dem Goldstandard folgend aber nicht bestätigt werden. Das geringe Ausmass der Veränderungen und die subjektiv ausgeprägten Schmerzen und die davon ableitbaren Funktionseinschränkungen des Beschwerdebildes seien nicht schlüssig. Im konventionellen Röntgen, im MRT und der Arthrosonographie der Hände fehlten eindeutige Hinweise für eine aktive rheumatoide Arthritis. Zudem erklärten diese milden Befunde nicht das generalisierte Beschwerdebild im ganzen Organismus und die funktionellen und vegetativen Beschwerden. Weiterhin bestünden zudem deutliche Diskrepanzen und Inkonsistenzen. Die Versicherte könne 20 Minuten in der Wartzone sowie 2.5 Stunden während der Anamneseerhebung und der Untersuchung freisitzend zubringen. Dabei sei kein Ausweich- und kein Entlastungsverhalten objektivierbar. Die Bewegungen seien demonstrativ langsam wie in der Vorbegutachtung, mit Halten von Rücken und Gesäss beim Aufstehen. Das Anlaufen weiterhin mit Hinken, danach bei freiem Gang wiederum langsam, aber normal. Es zeige sich ein deutliches Schonverhalten bei allen Bewegungsübungen, insbesondere im Rücken (5/5 Waddell-Zeichen als Zeichen nichtorganischer lumbovertrebraler Schmerzen), der Knie, Hände und Hüften. Deutliche diskrepanz sei das Bild der Hände. Von der Explorandin werde angegeben, die Finger nicht in einen Faustschluss führen zu können und den Faustschluss wieder aktiv mit der anderen Hand öffnen zu müssen, da es auch zu einem Schnappen kommen könne im Bereich eines Fingers (Dig III links). Zudem könne sie das Handgelenk weder ulnar bewegen, nur nach dorsal und palmar. Bei der aktiven Bewegung werde dies deutlich vermieden und gegenaktiviert, ebenso die oberflächliche Berührung im Bereich der Hände sei bereits schmerzhaft und führe zu einem Zucken im ganzen Körper. Hingegen würden Aktivitäten, wie An- und Entkleiden sowie Fassen der Tasche mit normalen Fingerbewegungen, insbesondere der ersten drei Finger, objektiviert. Im Vergleich zu Voruntersuchung könne das Bücken aktiv nach vorne deutlich besser ausgeführt werden, das Aufrichten sei weiterhin wieder langsam mit sakkadierten Bewegungen und an sich Heraufklettern. Die beklagten Schwellungen der Finger, insbesondere volar, sowie die Schmerzen im Bereich der Metacarpophalangealgelenke, könnten als solche durch zwei Ärzte klinisch nicht objektiviert werden. Die Faustschlusskraft sei inadäquat beim Händedruck und würde das Greifen eines Glases nicht ermöglichen. Die arthrosonographische Untersuchung zeige keinen Hinweis für eine relevante Synovitis oder Tendovaginitis. Die behandelnde Rheumatologin, Frau Dr. C.\_\_\_\_, J.\_\_\_\_, habe am 16. April 2024 eine ambulante Kontrolle durchgeführt. Sie habe ausgeführt, dass keine aktive rheumatoide Arthritis objektiviert werden könne. Es könne nur die Verdachtsdiagnose gestellt werden und in den Untersuchungen lägen Diskrepanzen vor. Das Hauptbeschwerdebild seien die chronischen Schmerzen, welche aber nicht aufgrund der möglichen rheumatoiden Arthritis vorlägen. Die Kriterien einer Polyarthrit gemäss ACR-Kriterien (American Collage of

Rheumatology) könnten rein formal, aber nicht klinisch, nachvollzogen und bestätigt werden. Eine Diagnose einer therapieresistenten, aktiven, erosiven rheumatoiden Arthritis könne hingegen nicht bestätigt werden. Die rheumatologische Beurteilung einer seronegativen rheumatoiden Arthritis allein anhand der MRT-Befunde der Hände müsse klinisch relativiert resp. dürfe nicht daran festgemacht werden, da das Kriterium einer Arthritis mit einer Synovialitis, Pannusbildung und einem Knochenmarködem bestehen solle. Dies sei auch aktuell in den MRT-Untersuchungen nicht so beschrieben worden, es seien lediglich leichte Synovialitiden sowie Tendovaginitiden sowie mögliche erosive Veränderungen objektiviert worden, welche bei genauer Betrachtung und anlässlich einer radiologischen Second Opinion als zystische Veränderungen interpretiert worden seien. Diese Zysten könnten gut Kontrastmittel aufnehmen und zeigten eine scharfe Berandung und kein Knochenmarksödem. In der radiologischen Nachbeurteilung der MRT der Hand rechts aus 2022 werde ausgeführt, dass zystisch imponierenden und KM- aufnehmenden Läsionen der Köpfchen MC 3 und MC 5 in erster Linie degenerativer Natur seien und ein entzündliches Geschehen im Sinne von Erosionen, weniger wahrscheinlich sei. Im Bereich Dig. 2 moderat progrediente Synovialitis um die Flexorensehnen auf Höhe des MCP-Gelenkes. Im Verlauf abnehmende Synovialitis auf Höhe MCP 3. Aktuell deutliche Synovialitis der Flexorensehne auf Höhe MCP 4. Konstante Synovialitis zwischen Ostriquetrum und Os pisiforme, konstant auch die moderate Synovialitis im Verlauf der ECU Sehne und im Verlauf des 4. Extensoren Faches. Auch hier fehle weithin das für die Diagnose notwendige Phänomen des Knochenmarködems. Eine Arthritis oder Synovitis könne aktuell auch arthrosonographisch nicht verifiziert werden respektive im Ultraschall bestehe keine aktive Synovitis, insbesondere keine Verdickung der Synovia, kein positives Powerdopplersignal und keine relevante Tenosynovitis. Somit seien die MRT-Befunde zu relativieren und hätten einen anderen Ursprung als ein autoimmunes Geschehen, wie eine klassische rheumatoide Arthritis. Ein weiteres starkes Argument gegen eine entzündliche Gelenkerkrankung sei, dass keine medikamentöse Therapie mit Kortison, TNFa-Hemmern, Interleukin-6 Rezeptor-Antagonisten und JAK-Inhibitoren irgendeine Wirkung gezeigt habe.

Des Weiteren zeigte der rheumatologische Gutachter in einleuchtender Weise auf, dass die von der Beschwerdeführerin genannten Beschwerden im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung nicht im geklagten Mass objektivierbar waren. So könne das Ausmass der subjektiven Beeinträchtigungen an den Händen und insgesamt im ganzen Körper bei Fibromyalgie nicht nachvollzogen werden. Das Ausmass und die davon ableitbaren Funktionseinschränkungen des Beschwerdebildes seien nicht schlüssig und wiesen Diskrepanzen und eine Aggravation auf. Die dominant geklagten Beschwerden nach Art und Lokalisation seien nicht mit objektivierbaren Befunden in Einklang zu bringen. Insbesondere zeige sich aktuell im Bereich der Hände in der Arthrosonographie und klinisch kein Hinweis für eine floride rheumatoide Arthritis, dies bei subjektiv gleichbleibenden oder stärkeren Schmerzen als zum Zeitpunkt der MRT Untersuchungen im Juni 2022. Die subjektive Beschwerdeschilderung sowie die subjektiven Beschwerden seien diskrepant zu der aktuellen Untersuchung und Beobachtung während der Untersuchungssituation und wiesen Inkonsistenzen auf im Gebrauch der Hände spontan, beobachtet und getestet. Ebenso seien vage und zeitweise auch unpräzise Schilderungen über Beschwerden vorhanden, ebenso bestehe ein demonstratives Klagen in der Untersuchungssituation. Die Angabe andauernder Beschwerden, welche zu keiner Tageszeit besserten und in einer hohen Schmerzintensität erlebt würden, seien als solche

nicht nachvollziehbar respektive an klinischen Punkten festzulegen. Insgesamt könne eine deutliche Aggravation des Beschwerdebildes festgestellt werden. Hinweise für eine bewusstseinsnahe Simulation seien nicht vorhanden, insbesondere müsse dies aus psychiatrischer Sicht oder Symptomvalidierung mitbeurteilt werden. Wie im Gutachten 2020 zeige sich eine massive resp. dominante Überlagerung der Ganzkörperschmerzsymptomatik respektive des Widespread Pain-Syndroms / Fibromyalgie auf das körperliche Empfinden und die Ausprägung von Symptomen funktioneller und auch vegetativer Art während der Untersuchungssituation. Das rheumatologische Hauptbeschwerdebild sei die Schmerzerkrankung bei Widespread Pain-Syndrom und die Chronifizierung desselben mit auch funktionellen und vegetativen Beschwerden und einer Selbstlimitierung und einem ausgeprägten Schonverhalten. Dies zeige sich auch in den diskrepanten Beobachtungen während der Untersuchung. Dies sei weiterhin konsistent und passe in die vorliegende psychiatrische Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Die subjektiven Beschwerden im Bereich der Fingergelenke seien weder klinisch palpabel noch arthrosonografisch feststellbar. Dies entspreche auch den diversen dokumentierten Voruntersuchungen in der Rheumatologie des D.\_\_\_\_.

Gestützt auf die vorstehenden nachvollziehbaren Erwägungen des Gutachters zur Befund- und Anamneseerhebung sowie Diagnosestellung vermag sodann grundsätzlich auch die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ■ zumindest für den Zeitpunkt des Gutachtensdatums vom 19. April 2024 geltend ■ zu überzeugen: Aus somatischer, rheumatologischer und schmerzmedizinischer Sicht werde bei einer Fibromyalgie in Abhängigkeit der Symptomschwere eine niedrigprozentige Einschränkung der quantitativen sowie oft auch der qualitativen Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit attestiert. Dabei werde ein erhöhter Pause- und Erholungsbedarf festgehalten. Dies beruhe auf medizin-theoretischen Überlegungen und inkludiere die Ressourcen der Exploranden. Was die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer Person betreffe, die an Fibromyalgie leide, sei diese als unklares syndromales Beschwerdebild zu qualifizieren (BGE 132 V 65, 139 V 346 E. 2 S. 346) und habe dementsprechend zur Folge, dass ■ wie bei sämtlichen psychischen Störungen (BGE 143 V 418) ■ das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen grundsätzlich im Rahmen eines strukturierten, normativen Prüfungsrasters zu beurteilen sei. Diese Gesamtbeurteilung sollte durch die Fachgebiete der Rheumatologie und der Psychiatrie und Konsensus basiert allenfalls unter Einbezug einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit oder einer neuropsychologischen Symptomvalidierung erfolgen. Die körperlichen Fähigkeiten und Ressourcen seien quo ad vitam als gut resp. gleich wie im Gutachten 2020 zu bezeichnen und medizinteoretisch vorhanden. Die subjektiv erlebten Schmerzen verhinderten ein vollständiges Zugreifen auf die Ressourcen, was im Rahmen einer Selbstlimitierung und eines Schonverhaltens vorliege. In der Beurteilung, die Hände eingeklammert, sei im Bereich des Bewegungsapparates das Funktionsniveau als gleichbleibend zu beschreiben und werde aufgrund der Widespread Pain-Symptomatik und der somatoformen Schmerzstörung massgeblich limitiert. Diese Beschwerden seien nicht mit einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung in dem Ausmass erklärbar. Gesamthaft müsse von einer chronifizierten und fixierten Schmerzsymptomatik ausgegangen werden, welche zu einer Selbstlimitierung und einem Schonverhalten führe und dadurch den Zugang zu Therapieoptionen reduziere. Die bisherige Tätigkeit sei wechselbelastend leicht und intermittierend mittelschwer mit dominant leichten Reinigungsarbeiten und entspreche einer ähnlichen Tätigkeit wie der eigenen Haushaltsführung. Eine solche Tätigkeit könne aus rein rheumatologischer Sicht weiterhin

zu 80 % ausgeführt werden. Dies entspreche einer Tätigkeit von 6.6 Stunden pro Tag. Nicht additiv zu der attestierten Arbeitsfähigkeit stehe die aus psychiatrischer Sicht bestehende Einschränkung der Belastbarkeit und Arbeitsfähigkeit von insgesamt 40 %, aufgrund der somatoformen Schmerzstörung aus psychiatrischer Sicht. Die Gesamtarbeitsfähigkeit, bezogen auf ein 100%-Pensum, könne wie in den Vorgutachten bidisziplinär psychiatrisch-rheumatologisch auf 60 % gewertet werden. Der Verlauf der Arbeitsfähigkeit habe sich seit der letzten Begutachtung nicht wesentlich geändert. Das dominierende Beschwerdebild sei die somatoforme Schmerzstörung. Die angestammte Tätigkeit sei leicht und intermittierend mittelschwer sowie wechselbelastend und entspreche einer idealen Arbeitstätigkeit. Somit gelte die obige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auch für eine angepasste Tätigkeit. In der Haushaltsführung (Bereiche: Ernährung, Wohnungs- und Hauspflege, Einkauf, Wäsche- und Kleiderpflege, Pflege und Betreuung von Kindern oder anderen Angehörigen) bestünden aus somatischer Sicht keine Einschränkungen.

## 5.2

5.2.1 Auf das beweismässige rheumatologische Gutachten von Dr. med. B. \_\_\_ vom 19. April 2024 kann grundsätzlich abgestellt werden, zumal dieses im Wesentlichen unbestritten geblieben ist. Jedoch bringt die Beschwerdeführerin vor, der Gutachter habe in Bezug auf das Widespread Pain-Syndrom / Fibromyalgie festgehalten, dass die behandelnde Psychotherapeutin Frau K. \_\_\_ eine stark negativistische Haltung der Beschwerdeführerin beschreibe, die möglicherweise Ausdruck einer Depression im Rahmen einer Persönlichkeitsausprägung sei. Eine fundierte psychiatrische Beurteilung sei laut Gutachter erforderlich, um dies fachlich abzuklären. Ferner habe der Gutachter klargestellt, dass bei einer Fibromyalgie ■ wie bei sämtlichen psychischen Störungen (BGE 143 V 418) ■ das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen grundsätzlich in der Hand eines strukturierten, normativen Prüfungsrasters zu beurteilen sei. Obwohl der Gutachter mehrfach die Notwendigkeit einer fachärztlich-psychiatrischen Begutachtung unterstrichen habe, habe die Beschwerdegegnerin diesbezüglich keine weiteren Abklärungen vorgenommen. Dem ist entgegenzuhalten, dass gemäss dem Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2023.50 vom 20. September 2023 mit dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. F. \_\_\_ vom 23. Oktober 2020 (IV-Nr. 30.4) eine beweismässige Beurteilungsgrundlage vorliegt. In diesem Gutachten wurde das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen anhand eines strukturierten, normativen Prüfungsrasters gemäss BGE 143 V 418 (sog. Indikatorenprüfung) beurteilt. Dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dieser Begutachtung aus psychiatrischer Sicht relevant verändert hätte, geht aus den Akten nicht hervor und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht, zumal Dr. med. B. \_\_\_ in seinem Gutachten vom 19. April 2024 hinsichtlich des Widespread Pain-Syndroms bzw. der Fibromyalgie seit seiner Begutachtung im Jahr 2020 von einem unveränderten Zustand spricht. Im Übrigen kann diesbezüglich auf die überzeugenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin verwiesen werden. Demnach sei das dominierende Beschwerdebild die somatoforme Schmerzstörung (s. GA B. \_\_\_ vom 19. April 2024). Dies entspreche auch der Darstellung im bidisziplinären Gutachten vom 23. Oktober 2020, wonach die Fibromyalgie in das Bild der somatoformen Schmerzstörung subsumiert werden könne. Eine psychiatrische Verschlechterung liege zwar in subjektiver Hinsicht vor, sei jedoch nicht objektiviert worden. Aus diesem Grund sei auch keine Notwendigkeit für eine erneute psychiatrische Abklärung respektive eine erneute Konsensbesprechung ersichtlich. Somit sind die von der Beschwerdeführerin

sinngemäss beantragten psychiatrischen Abklärungen abzuweisen.

Des Weiteren wird von der Beschwerdeführerin geltend gemacht, im MRI-Bericht vom 10. Oktober 2024 (B [Beschwerdebeilage] 3) zeige sich nun das Vorliegen einer aktiven rheumatoiden Arthritis. Die Feststellung einer «aktiven» rheumatoiden Arthritis bedeute, dass sich die Erkrankung derzeit in einem entzündlichen Zustand befinde, der sich in verstärkten Schmerzen, Schwellungen und einer erhöhten Gelenksteifigkeit äussere. Diese Veränderungen führten zu einer erheblichen Verschlechterung der gesundheitlichen Situation im Vergleich zum Gutachten vom 19. April 2024. Die therapieresistente Erkrankung schränke die Beweglichkeit und das allgemeine Leistungsvermögen stark ein, insbesondere bei Tätigkeiten, die wiederholte Bewegungen oder länger andauernde Belastungen der betroffenen Gelenke erforderten ■ wie es bei Reinigungs- und Haushaltsarbeiten der Fall sei. Der vorgenannte MRI-Bericht vom 10. Oktober 2024 habe dem Gutachter nicht zur Beurteilung vorgelegen, weshalb auf das Gutachten nicht abgestellt werden könne.

5.2.2 Vorweg ist diesbezüglich festzuhalten, dass die angefochtene Verfügung vom 30. September 2024 grundsätzlich die Grenze für die richterliche Überprüfungsbefugnis darstellt (BGE 129 V 4 E. 1.2, 105 V 161 f. E. 2d). Es ist jedoch nicht davon auszugehen, dass die anlässlich der MRI-Untersuchung vom 10. Oktober 2024 erhobenen Befunde erst unmittelbar vor der betreffenden bildgebenden Abklärung entstanden sind, sondern mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mindestens schon im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 30. September 2024 bestanden haben, weshalb der diesbezügliche MRI-Bericht im vorliegenden Verfahren zur Beurteilung hinzuzuziehen ist. Das Gleiche gilt auch hinsichtlich der erst im Beschwerdeverfahren eingereichten E-Mail und Berichte von Dr. med. C. \_\_\_\_, J. \_\_\_\_, vom 30. Oktober 2024 (B 4), 20. November 2024 (B 5) und 25. Februar 2025 (B 6), da sich diese auf die Befunde aus dem MRI-Bericht vom 10. Oktober 2024 beziehen.

### 5.2.3

5.2.3.1 Im Bericht betreffend MR Hand rechts vom 10. Oktober 2024 (B 3) wurden folgende Befunde erhoben: «Zum Vergleich die letzte MRT-Untersuchung vom 13. Juni 2022. Kein ossäres Ödem. Kleines intraossäres Ganglion des Os lunatum und Caput metatarsale II. / III. Weiteres Ganglion unmittelbar cranial des Os pisiforme volarseitig (Serie 11 Bild 48), stationär zur Voruntersuchung. Stationäre degenerative Veränderungen im CMC I Gelenk mit stationär geringgradiger Subluxation nach volar. Stationäre Dekonfiguration des PSU. Zur Voruntersuchung progredientes synoviales Enhancement im DRUG, radiokarpal, interkarpal sowie im MCP-Gelenk und IP-Gelenk Dig. I und MCP-Gelenk II. Hier progredienter Pannus insbesondere im MCP- und IP-Gelenk I. Mildes und weitgehend stationäres Enhancement auch in den PIP und DIP Gelenken II und PIP Gelenk III. Grössenstationäre Erosion im Os lunatum, im Caput Os metacarpale I-V sowie Phalanx proximalis I. Progredientes Enhancement in der Flexorensehnscheide des 1. Strahls, regredientes Enhancement in der Flexorensehnscheide des II und IV Strahles und in der Extensoren Sehnscheide Digitus I und extensor carpi ulnaris mit Restbefund.» Sodann wurde zur Beurteilung Folgendes festgehalten:

5.2.3.2 In der E-Mail vom 30. Oktober 2024 (B 4) hielt Dr. med. C. \_\_\_\_, J. \_\_\_\_, zuhanden der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin fest, der Befund aus dem MRI-Bericht vom 10. Oktober 2024 passe tatsächlich zu dem MR-tomographischen Befund, den man bei

einer rheumatoiden Arthritis erwarte. Der Gutachter argumentiere, dass die Änderungen im MRI gut im Rahmen einer mechanischen Beanspruchung, beginnend degenerativ entstanden sein könnten, was in diesem MRI widerlegt werde, da die Befunde typisch für eine rheumatoide Arthritis seien.

5.2.3.3 Im Schreiben vom 20. November 2024 (B 5) hielt Dr. med. C.\_\_\_\_ zuhänden der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin fest, im MRI-Bericht vom 10. Oktober 2024 hätten sich betreffend die rechte Hand eine progrediente Synovialitis im DRUG, radiokarpal, interkarpal und im MCP- und IP-Gelenk Digitus I und MCP-Gelenk II mit progredientem Pannus des MCP- und IP-Gelenks I gezeigt. Es habe sich zudem eine progrediente Tenosynovitis der Flexorensehnen des Digitus I gezeigt. Es hätten sich zudem stationäre erosive Veränderungen in den «bare areas» in den MC-Köpfchen I ■ V und im Os lunatum gezeigt. Es hätten sich nur sehr diskrete degenerative Veränderungen gefunden, akzentuiert im CMC-I-Gelenk. Die neuen Erkenntnisse aus dem MRI (Synovialitis, Pannus, Tenosynovitis und Erosionen in den MC-Köpfchen I ■ V) passten insbesondere in Anbetracht vom Fehlen degenerativer Veränderungen sehr gut zu einer erosiven Polyarthrit (am ehesten seronegative rheumatoiden Arthritis).

5.2.3.4 Mit Schreiben vom 25. Februar 2025 (B 6) führte Dr. med. C.\_\_\_\_ zuhänden der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin aus, bei der Beschwerdeführerin sei bei Nachweis von Synovialitiden im DRUG-Gelenk links und MCP V und CMC links und Progression der Synovialitis im DRUG, radiokarpal, interkarpal und MCP- und IP-Gelenk Digitus I und MCP-Gelenke II mit progredientem Pannus des MCP- und IP-Gelenkes I, die Diagnose einer rheumatoiden Arthritis gestellt worden. Da sich an vielen Gelenken eine Progredienz der Destruktionen gezeigt habe, gehe sie, Dr. med. C.\_\_\_\_, von einer Verschlechterung der rheumatoiden Arthritis aus. Entsprechend sei eine immunsuppressive Therapie mit Oencia eingeleitet worden.

5.3 Die vorstehend in E. II. 5.2.3 hiavor aufgeführten Berichte wurden von der Beschwerdeführerin ■ wie erwähnt ■ erst im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereicht, weshalb diese Berichte im grundsätzlich beweismässigen Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 19. April 2024 nicht berücksichtigt werden konnten. In diesem Bericht machte Dr. med. C.\_\_\_\_, J.\_\_\_\_, unter anderem geltend, der Gutachter argumentiere, dass die Änderungen im MRI gut im Rahmen einer mechanischen Beanspruchung, beginnend degenerativ entstanden sein könnten, was im MRI vom 10. Oktober 2024 widerlegt werde, da die Befunde typisch für eine rheumatoide Arthritis seien. Das Versicherungsgericht kam infolgedessen nicht umhin, Dr. med. B.\_\_\_\_ diesen neuen MRI-Bericht und die diesbezüglichen Berichte der behandelnden Rheumatologin (Beschwerdebeilagen 3 ■ 6) sowie die von der Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 15. September 2025 eingereichten Berichte (E-Mail von Dr. med. L.\_\_\_\_, J.\_\_\_\_, vom 10. September 2025; Bericht des D.\_\_\_\_ vom 13. Juni 2025 betreffend Skelettszintigraphie; Bericht H.\_\_\_\_ vom 1. September 2025 betreffend MRI Kniegelenk rechts; Beschwerdebeilagen 7 ■ 9) zukommen zu lassen und eine Ergänzungsfrage zu stellen.

6. Aufgrund der genannten Unklarheiten wurde von Seiten des Versicherungsgerichts bei Dr. med. B.\_\_\_\_ ein Bericht zur Beantwortung der gerichtlichen Ergänzungsfrage veranlasst. Im Gutachtensbericht vom 1. Dezember 2025 (A.S. 64) führt Dr. med. B.\_\_\_\_ zu der Ergänzungsfrage des Versicherungsgerichts (s. E. I. 6 hiavor) aus, die Diagnose einer seronegativen rheumatoiden Arthritis, wie im Gutachten vom 19. April 2024 vermerkt sei, könne rein formal gestellt werden. Dabei handle es sich primär um eine Arbeitsdiagnose,

um der Versicherten in allen Belangen der ärztlichen Kunst gerecht zu werden und die entsprechenden therapeutischen Massnahmen zur Verfügung zu stellen und nutzen zu können. Die Klassifikationskriterien einer rheumatoiden Arthritis würden durch die Versicherte höchstens knapp erfüllt und eine hochpotente, spezifische antiinflammatorische Behandlung, Immunsuppression und Immunmodulation scheine das Beschwerdebild nicht zu beeinflussen, auch nicht partiell. Gleichzeitig seien keine systemischen und bildgebenden Befunde erkennbar, welche eine anhaltende Entzündungsaktivität belegen könnten, was in nicht ausreichend kontrollierten Krankheitsaktivitäten zu erwarten wäre. Andererseits bestehe die Möglichkeit einer guten therapeutischen Wirkung mit Zurückdrängen der entzündlichen Manifestationen in den Händen durch die Medikamente. Dem widerspreche jedoch der Verlauf des Beschwerdebildes, wo keinerlei Besserung der Schmerzen durch physiotherapeutische Massnahmen und multipel eingesetzte, immunmodulatorische und immunsuppressive Massnahmen im Rahmen verschiedener therapeutischer Ansätze habe erreicht werden können. Die isolierten entzündlich-rheumatischen Beschwerden, von welchen die Kolleginnen und Kollegen am D.\_\_\_\_ ausgingen, qualifizierten grundsätzlich für eine lokale Steroid-Infiltration aus diagnostischer, aber auch aus therapeutischer Sicht. Dabei bestünde die Möglichkeit, eine Punktanalyse mit Suche nach Entzündung (Zellzahl, Zellmorphologie, Kristallanalyse) durchzuführen und die Diagnose zu festigen. Dies sei anscheinend noch nicht durchgeführt worden. Mit den bildgebenden Verfahren hätten bei der Beschwerdeführerin mittels MRT der Hände entzündliche Veränderungen dokumentiert werden können, welche jedoch nicht die Kriterien einer floriden rheumatoiden Arthritis erfüllten. Dies gelte auch für die letzte durchgeführte MRT des Handgelenks rechts am 10. Oktober 2024. Andere sensitive Bildgebungen, wie die mehrfach durchgeführten Ultraschalluntersuchung, hätten keine relevante Synovialitis mit erhöhter Schleimhautperfusion objektivieren können. Auch die sensitive Ganzkörper-Skelettszintigraphie vom 13. Juni 2025 habe lediglich den Nachweis einer gelenksassoziierten Knochenstoffwechselsteigerung mit zusätzlicher Entzündungsaktivität an den Händen im 1. MCP-Gelenk rechts, im IP-Gelenk rechts sowie im 3. MCP-Gelenk links und somit in 3 kleinen Gelenken objektiviert und es seien dominant arthrotische Veränderungen festgehalten worden. Die im MRT kombiniert beschriebenen entzündlichen Veränderungen und Erosionen in den Handwurzelknochen seien in der Szintigraphie nicht detektiert worden, was dem im rheumatologischen Gutachten beschriebenen Bild von zystischen Veränderungen entsprechen dürfte. Die MRT-Untersuchungen der Hände sowie die Zweiphasen-Skelettszintigraphie seien nicht deckungsgleich bezüglich der jeweils beschriebenen Entzündungsmanifestationen, was als diskrepanter Befund bewertet werden könne. In konventionellen Röntgenbildern hätten keine postentzündlichen Veränderungen erkannt werden können. Eine Arthritis sei eine definierte Entzündung des gesamten Gelenks und somit der Gelenkschleimhaut und des Knochens mit Periostitis, Knochenmarködem sowie allenfalls auch der Sehnenscheiden und weiterer Weichteilstrukturen. Bei der Versicherten seien die Synovialitis und die Tenosynovitis beschrieben worden, was somit keine Arthritis ausreichend beschreibe. Die differentialdiagnostischen Erwägungen blieben bestehen, insbesondere die einer Kristallarthropathie Typ CPPD mit rein lokalisiertem Befund in den Händen. Dies werde bekräftigt durch die MRT Knie rechts vom 26. August 2025, wobei dies nicht die Bildgebung der Wahl für eine Kristallarthropathie sei. Dies werde in der rheumatologischen Beurteilung von Dr. med. L.\_\_\_\_ am 10. September 2025 erwähnt. Durch die Rheumatologen am D.\_\_\_\_ werde die Diagnose einer chronisch generalisierten

Schmerzsymptomatik über die letzten Jahre bestätigt. Eine kritische Würdigung der Widespread Pain-Symptomatik, respektive auch Differenzierung bezüglich der Funktionalität und der Einflussnahme der subjektiven Schmerzempfindung bei der Versicherten, werde durch die Kolleginnen und Kollegen am D. \_\_\_ nicht geführt. Die reine Aussage einer generalisierten Schmerzsymptomatik sei nicht ausreichend, um die Komplexität respektive die differenzierte Betrachtung des Beschwerdebildes erreichen zu können. Bekanntermassen nähmen die Schmerzempfindung und die individuelle Art des Umgangs mit Schmerz einen wesentlichen Einfluss auf den Umgang mit Schmerz und werde meist, wie dies bei einer Widespread Pain-Symptomatik vorliege, durch ein Schon- und Ausweichverhalten mit Selbstlimitierung übersteuert. Somit könnten die angegebenen Schmerzen, welche das Stadium einer Allodynie erreicht haben dürften, das Schonverhalten und die Selbstlimitierung ein falsches respektive übersteigertes Bild der Grunderkrankung, wie einer entzündlichen Gelenkerkrankung, sei es rheumatoide Arthritis oder CPPD, erzeugen und führten zu überproportionalen und subjektiv limitierenden Einschränkungen, bei grundsätzlich noch ausreichend erhaltener Funktion und wenig Hinweisen für eine relevante aktive Form einer Gelenksentzündung. Die bei der Versicherten in der Vergangenheit leichte Synovialitis, leichte Pannusbildung und somit Schleimhautverdickung, und nun seit längerer Zeit eine stationäre, möglich erosive Veränderung an den Metacarpophalangealgelenken und in den Handwurzelknochen, vermöge nicht das lokale und schon gar nicht das generalisierte Beschwerdebild zu erklären. Bei einer relevant aktiven rheumatoiden Arthritis gehe man von einer Erhöhung der humoralen und der zellulären Entzündungswerte im Blut mit Nachweis eines erhöhten CRP und einer erhöhten Blutsenkungsreaktion sowie spezifischen Antikörperkonstellationen aus. Sei solches nicht objektivierbar, sei es geraten, bei Nachweis einer Synovialitis, wie dies in den MRT insbesondere im Handgelenk beschrieben worden sei, auch eine Gelenkspunktion oder eine Biopsie der Gelenksschleimhaut vorzunehmen, um das Bild der rheumatoiden Arthritis oder einer anderen entzündlichen Erkrankung auch histologisch und immunhistochemisch zu belegen. Erfreulicherweise hätten im MRT der rechten Hand am 10. Oktober 2024 stationäre erosive Veränderungen im Bereich des MC-Köpfchens I-V und Os lunatum objektiviert werden können. Somit könne eine Progression von destruierenden Veränderungen nicht objektiviert werden. Hier seien wiederum die differentialdiagnostischen Erwägungen auch bei Vorliegen einer Tenosynovitis notwendig und die Kristallarthropathie sei weiter abzuklären sowie eine Gelenkspunktion der Synovialitis vorzunehmen.

Zusammenfassend könne man in der Arbeitsdiagnose weiterhin von einer milden seronegativen rheumatoiden Arthritis ausgehen. Hinweise für eine Ausweitung respektive symmetrische Verteilung einer Entzündung im Bewegungsapparat und den Weichteilen sei klinisch und auch skelettszintigraphisch nicht erhebbar. Somit werde durch die Skelettszintigraphie die Limitierung des Beschwerdebildes bestätigt. Gehe man davon aus, dass Entzündung zu Schmerz führe, wie dies auch anwaltlich postuliert werde, seien die Ganzkörperschmerzen in Gelenken und Muskulatur somit nicht mit einer entzündlichen Erkrankung erklärbar, was in der Skelettszintigraphie klinisch sowie laborchemisch bestätigt sei. Die in den Gutachten objektivierbaren Ganzkörperschmerzen ohne somatisches Korrelat oder morphologische und strukturelle Veränderungen seien nicht durch die allenfalls limitierte Form einer milden Arthritis in der rechten Hand (aktuell gemäss Szintigraphie) erklärbar. Die aktuellen Untersuchungen hätten somit auch die Vorbeurteilungen in den rheumatologischen Gutachten bestätigt, welche eine mögliche

milde entzündliche Veränderung im Bereich des Handskelettes attestiere, das Hauptbeschwerdebild jedoch nicht auf diese Veränderungen zurückführe, sondern auf die chronische generalisierte Schmerzzerkrankung im Sinne einer Widespread Pain-Symptomatik. Diese sei gemäss psychiatrischer Beurteilung in einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eingegliedert und gemäss betreuender Psychologin bestehe ein ausgesprochener Negativismus, welcher limitierend Einfluss auf die körperlichen Empfindungen und Schmerzen nehmen könne. Insgesamt bestehe in der angefragten Aktenbeurteilung ein unverändertes Beschwerdebild, welches durch die Ganzkörperschmerzhaftigkeit im Rahmen einer Widespread Pain-Symptomatik und auch anhaltenden somatoformen Schmerzstörung dominiert werde. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit sei eine 40%ige Einschränkung gutachterlich im April 2024 sowie durch die IV-Stelle Kanton Solothurn verfügt worden, welche sich hier dominant abstütze auf die psychiatrische Beurteilung. Diese Gesamtarbeitsfähigkeit von 60 % könne in der angestammten Arbeitstätigkeit in der Hauswartung aus rein bewegungsapparatmedizinischer und rheumatologischer Sicht ausgeführt werden. Darin beinhaltet sei auch die grundsätzliche 80%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in einer Verweistätigkeit aus rheumatologischer Sicht enthalten. Diese rheumatologische Beurteilung von insgesamt einer 20%igen Einschränkung der Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit respektive Arbeitsfähigkeit werde in der Haushaltsabklärung durch die IV-Stelle mit Angabe einer 3%igen Einschränkung belegt. Es sei davon auszugehen, dass die Versicherte Aktivitäten im eigenen Umfeld mit einer optimierten Arbeitseinteilung quantitativ und qualitativ umsetzen könne.

Der Bericht betreffend die Beantwortung der gerichtlichen Ergänzungsfrage von Dr. med. B. \_\_\_ vom 1. Dezember 2025 vermag in allen Belangen zu überzeugen. Der Gutachter zeigt darin nachvollziehbar auf, dass die erst nach Erlass seines Gutachtens vom 19. April 2024 ergangenen Arztberichte (Beschwerdebeilagen 3 ■ 9) an seiner Beurteilung aus dem Gutachten vom 19. April 2024 nichts ändern. Gemäss Dr. med. B. \_\_\_ bestehe ein unverändertes Beschwerdebild, welches durch die Ganzkörperschmerzhaftigkeit im Rahmen einer Widespread Pain-Symptomatik und auch anhaltenden somatoformen Schmerzstörung dominiert werde. Demnach gilt aus rheumatologischer Sicht weiterhin die im Gutachten vom 19. April 2024 statuierte 80%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in einer Verweistätigkeit. Auf den Bericht betreffend die Beantwortung der gerichtlichen Ergänzungsfrage von Dr. med. B. \_\_\_ vom 1. Dezember 2025 ist somit abzustellen, zumal dieser seitens der Parteien nicht bestritten wird.

Im Resultat ist der medizinische Sachverhalt seit dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten beweismässigen rheumatologischen Gutachten von Dr. med. B. \_\_\_ vom 19. April 2024 unverändert geblieben, womit weiterhin auf dieses Gutachten abgestellt werden kann.

7.

7.1 Neben den medizinischen Berichten stützte sich die Beschwerdegegnerin zur Beurteilung einer allfälligen Einschränkung im Haushalt auf den Abklärungsbericht vom 20. Januar 2022 (IV-Nr. 61). Da sich gegenüber der IV-Verfügung vom 18. Januar 2023 ■ wie auch gestützt auf die vorgehenden Erwägungen bestätigt ■ keine gesundheitliche Verschlechterung ergeben hat, ist seitens der Beschwerdegegnerin auf eine erneute Haushaltsabklärung verzichtet worden. Dies ist nicht zu beanstanden. In diesem Bericht kam die Abklärungsfachfrau zum Schluss, im Aufgabenbereich Haushalt sei unter

Berücksichtigung der medizinischen Akten und der Abklärung vor Ort eine Einschränkung von 3 % erhoben worden.

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

7.3 Bezüglich des Beweiswertes des vorliegenden Haushalts-Abklärungsberichtes ist festzuhalten, dass dieser durch eine qualifizierte Person verfasst wurde, welche Kenntnis von den örtlichen und räumlichen Verhältnissen sowie den in diesem Zeitpunkt vorhandenen medizinischen Unterlagen hatte. Der Bericht erscheint zudem als differenziert. So wurden die familiären Verhältnisse und Möglichkeiten der familieninternen Mithilfe im Haushalt einbezogen und gewürdigt, wobei in diesem Zusammenhang auf die im Haushalt besonders bedeutsame Schadenminderungspflicht der Familienangehörigen hingewiesen wurde (vgl. BGE 133 V 504 E. 4.2 S. 509 f.). Der Abklärungsbericht ist überzeugend ausgefallen und trägt den aus medizinischer Sicht festgestellten Einschränkungen angemessen Rechnung. Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, vermag an diesem Resultat nichts zu ändern. Sie rügt unter anderem, die IV-Stelle gehe gestützt auf das aktuelle Gutachten von einer 40 % Arbeitsunfähigkeit in ihrer angestammten Tätigkeit aus, während im Haushalt lediglich eine Einschränkung von 3 % angenommen werde, was nicht nachvollziehbar sei. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin wurde diese Differenz im Abklärungsbericht schlüssig begründet. Es kann hier unter anderem auf die Möglichkeit der selbstständigen Einteilung der Arbeits- und Pausenzeiten sowie des Arbeitstempos sowie die familiäre Schadenminderungspflicht hingewiesen werden. Die von der Abklärungsfachperson im Abklärungsbericht gemachten Schlussfolgerungen sind somit nicht zu beanstanden. Im Übrigen ist auch die Statusfrage (35 % Erwerb / 65 % Haushalt) im Abklärungsbericht vom 20. Januar 2022 ■ wie bereits im Urteil VSBES.2023.50 vom 20. September 2023 festgehalten wurde ■ detailliert und nachvollziehbar erläutert worden, was im vorliegenden Beschwerdeverfahren denn auch nicht bestritten wird.

8.

8.1 Wie aus den vorliegend relevanten Gutachten hervorgeht, entspricht die bisherige Tätigkeit der Beschwerdeführerin einer ideal angepassten Tätigkeit. Somit basiert sowohl

das Validen- als auch das Invalideneinkommen auf der gleichen Lohnbasis, weshalb zur Berechnung des Invaliditätsgrades im ausserhäuslichen Tätigkeitsbereich auf den Bezug konkreter Tabellenlöhne verzichtet werden kann, da die attestierte Arbeitsunfähigkeit dem Invaliditätsgrad entspricht, dies vorbehaltlich eines allfälligen leidensbedingten Abzugs (s. E. II. 8.2 hiernach).

8.1.1 Zum vorliegend anwendbaren Recht ist vorweg Folgendes festzuhalten: Die Beschwerdeführerin hat sich am 16. Oktober 2018 zum Bezug von Rentenleistungen angemeldet. Somit könnte ein allfälliger Rentenanspruch in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab 1. April 2019 entstehen. Sodann ist gestützt auf das psychiatrische Teilgutachten vom 23. Oktober 2020 (IV-Nr. 30.5, S. 15) eine 40%ige Arbeitsfähigkeit seit August 2019 erstellt. Aus den rheumatologischen Gutachten geht dagegen keine klare Verlaufsbeurteilung hervor. Somit ist davon auszugehen, dass das Wartejahr per Ende August 2020 abgelaufen ist. Demnach ist diesbezüglich das vor dem 1. Januar 2022 geltende Recht anwendbar.

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.

8.1.2 Des Weiteren gilt folgende Übergangsregel: Da die Beschwerdeführerin am 1. Januar 2022 das 55. Altersjahr noch nicht vollendet hatte, gelangt für die Zeit ab 1. Januar 2022 weiterhin das frühere Recht zur Anwendung, falls unter diesem ein Anspruch entstanden ist und solange sich der Invaliditätsgrad nicht im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG verändert hat. Ist eine solche Veränderung gegeben, gilt für die Zukunft das neue Recht, ausser es führe bei höherem Invaliditätsgrad zu einer niedrigeren oder bei niedrigerem Invaliditätsgrad zu einer höheren Rente (vgl. Übergangsbestimmungen zur Änderung des IVG vom 29. Juni 2020 [Weiterentwicklung der IV], lit. b).

8.2 Unter dem bis 31. Dezember 2021 geltenden Recht war es beim Invalideneinkommen praxisgemäss zulässig, vom nach Tabellenwerten ermittelten Durchschnittslohn Abzüge von bis zu 25 % vorzunehmen. Dieses Recht gilt auch für das vorliegend per Ende August 2020 zu berechnende Invalideneinkommen. Wird das Invalideneinkommen ■ wie hier der Fall ■ auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C\_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf

25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb ■ cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C\_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

Wie aus den Erwägungen in E. II. 4 und 5 ersichtlich, wurde den Einschränkungen der Beschwerdeführerin bereits durch die gutachterlich attestierte 60%ige Arbeitsfähigkeit Rechnung getragen, weshalb sich ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn nicht rechtfertigt, zumal vorliegend die bisherige Tätigkeit der Beschwerdeführerin als ideal angepasst gilt. Die zusätzliche Veranschlagung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen unter dem Titel des leidensbedingten Abzugs käme einer unzulässigen doppelten Anrechnung desselben Faktors gleich (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_175/2023 vom 26. April 2023 E. 4.4.3). Sodann rechtfertigt sich aufgrund der zumutbaren 60%igen Arbeitsfähigkeit kein Abzug, da gemäss der LSE Tabelle T18, 2020, Frauen ohne Kaderfunktion in einem Pensum von 50 ■ 74 % im Verhältnis sogar mehr verdienen als Frauen in einem vollen Pensum. Jedoch ergibt sich aus der Tabelle T12\_b der LSE 2020, dass in diesem Jahr Frauen der Kategorie «ohne Kaderfunktion» und mit Aufenthaltsbewilligung C (Median) ■ wozu die Beschwerdeführerin gemäss Aktenlage zählt (vgl. IV-Nr. 3) ■ im Vergleich zum Total von Schweizern und Ausländern der gleichen Kategorie einen um 12 % geringeren Lohn erzielten. Dieser Umstand ist im Rahmen des Abzugs zu berücksichtigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_332/2022 vom 19. Oktober 2022 E. 5.2.2.2 vom 4. November 2022 E. 4.3.2). Dagegen gebietet das Alter der Beschwerdeführerin keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Zusammenfassend rechtfertigt es sich somit, einen 10%igen Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen.

Schliesslich ist von dem per 1. Januar 2024 zu errechnenden Invalideneinkommen in Anwendung von Art. 26bis Abs. 3 IVV (in der ab 1. Januar 2024 geltenden Fassung) in Erfüllung der Motion SGK-N 22.3377 «Invaliditätskonforme Tabellenlöhne bei der Berechnung des IV-Grads» ein Pauschalabzug von gesamthaft 10 % vorzunehmen.

8.3 Daraus resultiert im ausserhäuslichen Bereich unter Berücksichtigung einer 60%igen Arbeitsfähigkeit und eines zusätzlichen Abzuges von 10 % vom Tabellenlohn ein Invaliditätsgrad von 46 %.

8.4 Unter Anwendung der gemischten Methode und des Status (35% Erwerb / 65% Haushalt) ergibt diese somit gesamthaft einen Invaliditätsgrad von 18 % (ausserhäuslich 46 %, davon ein Anteil von 35 % = 16.1 %; Haushalt 3 %, davon ein Anteil von 65 % = 1.95 %).

9. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

9.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über 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

