

SO_GERICHTE VSBES.2025.33 vom 18. November 2025

SO Obergericht, 2025-11-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2025.33

FR: SO_GERICHTE VSBES.2025.33 du 18 novembre 2025

IT: SO_GERICHTE VSBES.2025.33 del 18 novembre 2025

Volltext

Urteilverom18. November 2025

Es wirken mit:

Vizepräsident Flückiger

Oberrichter Thomann

Oberrichter Hagmann

Gerichtsschreiber Isch

In Sachen

A.____ vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Altermatt

Beschwerdeführerin

gegen

IV-Stelle Solothurn, Allmendweg 6, 4528 Zuchwil,

Beschwerdegegnerin

betreffend Hilflösenentschädigung IV (Verfügung vom 13. Dezember 2024)

zieht das Versicherungsgericht in Erwägung:

I.

1. Die 1981 geborene Versicherte A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) meldete sich am 27. November 2002 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Stelle Beleg-Nr. [nachfolgend: IV-Nr.] 2). In diesem Zusammenhang wurde im Bericht des B.____ vom 21. Januar 2003 (IV-Nr. 10) eine Autoimmunneutropenie diagnostiziert, aufgrund dessen die Beschwerdeführerin in ihrem angestammten Beruf als Malerin arbeitsunfähig sei. In der Folge leistet die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 9. September 2005 (IV-Nr. 36) Kostengutsprache für eine Umschulung zur Detailhandelsfachfrau. Schliesslich hielt die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 15. September 2008 (IV-Nr. 59) fest, die Beschwerdeführerin habe die Umschulung zur Detailhandelsfachfrau erfolgreich absolviert. Somit werde der Fall betreffend das Leistungsbegehren für berufliche Massnahmen abgeschlossen.

2. Am 12. Februar 2013 meldete sich die Beschwerdeführerin erneut zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 61). In diesem Zusammenhang wurde im Bericht von Dr. med. C.____, D.____, vom 3. Januar 2013 (IV-Nr. 69, S. 2) eine schwere orthostatische Dysregulation sowie symptomatische Neutropenie diagnostiziert. Sodann veranlasste die

Beschwerdegegnerin bei der E.____ Versicherungsmedizin ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Psychiatrie, Neurologie und Kardiologie (vgl. IV-Nr. 119.1). Gestützt darauf sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 23. September 2015 bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 60 % rückwirkend ab dem 1. August 2013 eine Dreiviertelsrente zu (IV-Nr. 141).

3. Am 11. Februar 2016 meldete sich die Beschwerdeführerin bei der Beschwerdegegnerin zum Bezug einer Hilflosenentschädigung an (IV-Nr. 145). In der Folge veranlasste die Beschwerdegegnerin eine Abklärung betreffend Hilflosenentschädigung. Gestützt auf den diesbezüglichen Bericht vom 23. Februar 2016 (IV-Nr. 151) verneinte die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Hilflosenentschädigung mit Verfügung vom 22. August 2016 (IV-Nr. 159).

4. Am 17. August 2020 leitete die Beschwerdegegnerin betreffend die Invalidenrente von Amtes wegen ein Revisionsverfahren ein (IV-Nr. 171) und holte bei den behandelnden Ärzten Verlaufsberichte ein.

5. Sodann meldete sich die Beschwerdeführerin am 19. Januar 2023 (IV-Nr. 199) erneut zum Bezug einer Hilflosenentschädigung an (IV-Nr. 199).

6. Im Weiteren veranlasste die Beschwerdegegnerin bei der F.____ ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Psychiatrie, Dermatologie, Neurologie und Innere Medizin (IV-Nr. 211.1, S. 3). Zudem veranlasste die Beschwerdegegnerin einen Haushaltsabklärungsbericht (IV-Nr. 228). Gestützt darauf setzte die Beschwerdegegnerin nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-Nr. 229) die Dreiviertelsrente der Beschwerdeführerin per 1. Januar 2025 auf eine Rente von 32.5 % einer ganzen Rente herab. Dies bei einem anhand der gemischten Methode errechneten Invaliditätsgrad von 43.07 % (Ausserhäusliche Tätigkeit IV-Grad 42.63 % / Haushalt IV-Grad 43.5 %; Anteil je 50 %).

7. Zudem veranlasste die Beschwerdegegnerin einen Abklärungsbericht betreffend Hilflosenentschädigung. Gestützt darauf verneinte die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Hilflosenentschädigung nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-Nr. 230) mit Verfügung vom 13. Dezember 2024 (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.).

8.

8.1 Gegen die Verfügung vom 13. Dezember 2024 lässt die Beschwerdeführerin am 3. Februar 2025 (A.S. 5 ff.) Beschwerde beim Versicherungsgericht erheben und folgende Rechtsbegehren stellen:

8.2 Mit Eingabe vom 30. April 2025 (A.S. 18) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf Einreichung einer Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde.

8.3 Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

II.

1.

1.1 Die Beschwerde ist frist- und formgerecht erfolgt. Das angerufene Gericht ist sachlich, örtlich und funktionell zuständig. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

1.2 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Dies hat jedoch im vorliegenden Fall keine Auswirkungen, da die hier einschlägigen Bestimmungen (s. E. II. 2 und 3 hiernach) von dieser Gesetzesänderung nicht betroffen sind.

2.

2.1 Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 9 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz, die hilflos sind, haben Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung (Art. 42 Abs. 1 Satz 1 IVG). Es wird unterschieden zwischen schwerer, mittelschwerer und leichter Hilflosigkeit (Art. 42 Abs. 2 IVG).

2.2

2.2.1 Die Hilflosigkeit gilt als schwer, wenn die versicherte Person vollständig hilflos ist; dies ist der Fall, wenn sie in allen alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies der dauernden Pflege oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 37 Abs. 1 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Massgeblich im Sinne dieser Bestimmung sind die folgenden sechs alltäglichen Lebensverrichtungen: An- und Auskleiden; Aufstehen, Absitzen und Abliegen; Essen; Körperpflege; Verrichtung der Notdurft; Fortbewegung und Kontaktaufnahme (BGE 133 V 450 E. 7.2 S. 463; Urteil des Bundesgerichts 9C_457/2015 vom 21. Oktober 2015 E. 2.1 mit Hinweisen).

2.2.2 Die Hilflosigkeit gilt gemäss Art. 37 Abs. 2 IVV als mittelschwer, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln in den meisten alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen (lit. a) oder in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf (lit. b) oder in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter und überdies dauernd auf lebenspraktische Begleitung im Sinne von Artikel 38 angewiesen ist (lit. c).

2.2.3 Leichte Hilflosigkeit liegt laut Art. 37 Abs. 3 IVV vor, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist (lit. a) oder einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf (lit. b) oder einer durch das Gebrechen bedingten ständigen und besonders aufwendigen Pflege bedarf (lit. c) oder wegen einer schweren Sinnesschädigung oder eines schweren körperlichen Gebrechens nur dank regelmässiger und erheblicher Dienstleistungen Dritter gesellschaftliche Kontakte pflegen kann (lit. d) oder dauernd auf lebenspraktische Begleitung im Sinne von Art. 38 IVV angewiesen ist (lit. e).

3.

3.1 Die IV-Stelle hat eine Neuanmeldung nach vorangegangener Ablehnung eines Leistungsgesuchs (um Rente, Hilflosenentschädigung oder Eingliederungsmassnahmen)

nur zu prüfen, wenn eine leistungsrelevante Änderung der tatsächlichen Verhältnisse glaubhaft gemacht worden ist. Diese Gerichtspraxis soll verhindern, dass sich die IV-Stellen immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Leistungsgesuchen befassen muss (Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 IVV).

3.2 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf eine Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen. Stellt sie fest, dass der Zustand der versicherten Person hinsichtlich der Hilflosigkeit seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine Hilflosigkeit zu bejahen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (vgl. BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b).

Es ist zu prüfen, ob die Veränderung überwiegend wahrscheinlich eingetreten ist. Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob sich der Grad der Hilflosigkeit bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens anspruchserheblich verändert hat, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Anspruchsprüfung mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Beurteilung des Grades der Hilflosigkeit beruht (vgl. analog zur Rentenrevision: Urteil des Bundesgerichts 9C_478/2012 vom 14. Dezember 2012 E. 2; BGE 130 V 71). Ein unveränderter Gesundheitszustand bzw. die bloss auf einer anderen Wertung beruhende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen führt nicht zu einer materiellen Revision (Urteil des Bundesgerichts 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.1; BGE 115 V 308 E. 4a/bb S. 313).

Ist ein Revisionsgrund gegeben, ist der Grad der Hilflosigkeit auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts neu und ohne Bindung an frühere Beurteilungen der Hilflosigkeit zu ermitteln (vgl. BGE 141 V 9). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (Urteil des Bundesgerichts 9C_478/2012 vom 14. Dezember 2012 E. 2).

Eine tatsächliche Veränderung in den gesundheitlichen Verhältnissen kann auch darin liegen, dass sich beispielsweise ein Leiden in seiner Intensität und damit in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bzw. Hilflosigkeit verändert hat, oder in einer verbesserten Leidensanpassung der versicherten Person (Urteil 9C_771/2009 vom 10. September 2010 E. 2.3 mit Hinweisen).

4. Die Verfügung vom 22. August 2016 (IV-Nr. 159), worin der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Hilflosenentschädigung erstmals verneint wurde, beruhte auf einer materiellen Anspruchsprüfung mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Beurteilung des Grades der Hilflosigkeit. Sie bestimmt somit den Vergleichszeitpunkt (vgl. E. II. 3.2 hiervor). Streitig und zu prüfen ist demnach, ob sich der Sachverhalt seit der Verfügung vom 22. August 2016 im Vergleich mit demjenigen bei Erlass der hier angefochtenen Verfügung vom 13. Dezember 2024 in anspruchserheblicher, revisionsbegründender Weise verändert hat.

5. Im Zeitpunkt der erstmaligen Verneinung des Anspruchs auf eine Hilflosenentschädigung vom 22. August 2016 waren im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang:

5.1 In medizinischer Hinsicht stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das polydisziplinäre E.____-Gutachten vom 16. Januar 2015 (IV-Nr. 119.1; Fachrichtungen: Psychiatrie, Neurologie und Kardiologie). Darin wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Zur Beurteilung wurde ausgeführt, bei der Beschwerdeführerin bestehe seit zwei Jahren ein posturales Tachykardiesyndrom (POTS) bei schwerer orthostatischer Hypotonie, klinisch mit positionsabhängigem Schwindel, Übelkeit und Erbrechen, damit einhergehendem Gewichtsverlust sowie synkopalen Zuständen. Am ehesten sei die orthostatische Dysregulation sekundär bzw. dysautonom (DD postinfektiös) bedingt, die Symptomatik sei nach einer intensivpflichtigen schweren Pneumonie nach einer geplanten Cholecystektomie 06/2012 aufgetreten. Sie werde sicher aber auch zusätzlich funktionell überlagert. Auffällig sei in diesem Zusammenhang, dass die Schwindelanfälle anamnestisch auch im Sitzen aufträten, es im Rahmen der Synkopen bisher zu keinen Verletzungen gekommen sei und auch die 2 ■ 3-stündigen Explorationen der Beschwerdeführerin ohne Auftreten der Symptomatik toleriert worden seien. Bisherige medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapien hätten im Verlauf anamnestisch und aktenanamnestisch zu einer leichten Besserung der Symptomatik geführt. Im Rahmen einer Kipptisch-Untersuchung im Juni 2014 im Neurozentrum des G.____ sei das posturale Tachykardiesyndrom nochmals bestätigt worden. Eine primär immunologische Ursache sei bei normaler BSG und unauffälligem Vaskulitis-Screening sehr unwahrscheinlich. Ebenso bestehe keine diabetische Neuropathie als Ursache der orthostatischen Dysregulation. Eine Beteiligung der bemerkten sensiblen oder motorischen Nervenfasern hätten im Rahmen einer elektrophysiologischen Untersuchung im Neurozentrum des G.____ im Juni 2014 ausgeschlossen werden können. Auch eine Myelopathie oder Syringomyelie hätten im Rahmen einer MR-tomographischen Untersuchung der Wirbelsäule bereits im November 2013 ausgeschlossen werden können. Eine Hautbiopsie am Unterschenkel sei hinsichtlich einer small-fiber-Neuropathie unauffällig gewesen. Hinweise für eine kardiale Genese der Symptome bestünden ebenfalls nicht, so sei einerseits ein Holter-EKG, andererseits eine transthorakale Echokardiographie unauffällig gewesen. Aktuell im Rahmen der Begutachtung sei eine Spiroergometrie durchgeführt worden, welche eine normale Leistungsfähigkeit bei adäquater Ausbelastung ohne eine obstruktive oder restriktive pulmonale Störung gezeigt habe. Des Weiteren sei im Rahmen der aktuellen Begutachtung ergänzend ein MRI des Schädels durchgeführt worden, dieses sei ebenfalls unauffällig ausgefallen. Im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung sei eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden, welche die Explorandin in den letzten zwei Jahren seit Auftreten der somatischen Beschwerden entwickelt habe. Die depressive Episode sei gekennzeichnet durch eine deprimierte Stimmungslage mit Erschöpfung, ausgeprägten Konzentrationsstörungen, Insuffizienzgefühlen, einem verminderten Freudempfinden und reduziertem Interesse bei einem starken Energieverlust. Des Weiteren bestünden eine deutliche Antriebsstörung sowie Ein- und Durchschlafstörungen. Sowohl das POTS als auch die mittelgradige depressive Episode reduzierten die Arbeitsfähigkeit der Explorandin. Die seit 2001 bekannte Immuneutropenie sei aktuell auf niedrigem Stand

stabil. Eine regelmässige Therapie mit GCSF erfolge aktuell nicht. Die Beschwerdeführerin sei aber aufgrund der Neutropenie weiterhin infektgefährdet, dürfe daher nicht mit Lösungsmitteln oder Farbdämpfen in Berührung kommen und könne somit ihren erlernten Beruf als Flachmalerin schon aus diesem Grund nicht ausüben. Weiterhin habe aktuell laborchemisch eine leichte Hypokaliämie und Hypochloridämie nachgewiesen werden können. Dies sei wahrscheinlich auf einen vermehrten Kalium- und Chloridverlust durch das häufige Erbrechen zurückzuführen. Zudem fielen eine leicht erhöhte ASAT und GGT bei normaler ALAT und alkalischer Phosphatase auf. Die Ursache dieser Leberwerterhöhung sei unklar.

In ihrem erlernten Beruf als Flachmalerin mit möglichem Kontakt zu Lösungsmittel- und Farbdämpfen bestehe auf Grund der erhöhten Infektneigung bei Immunneutropenie eine Arbeitsfähigkeit von 0 %. Auf Grund des posturalen Tachykardiesyndroms mit schwerer orthostatischer Hypotonie könne es unvorhersehbar zu Schwindelanfällen, Übelkeit, Erbrechen oder einem Kollaps kommen. Notwendige Autofahrten im Rahmen einer Aussendienstmitarbeit seien der Explorandin nicht mehr zuzumuten, daher bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Aussendienstmitarbeiterin ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 0 %. In einer angepassten körperlich leichten Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Die Minderung der Arbeitsfähigkeit sei dabei einerseits auf die mittelgradige depressive Episode, welche mit Antriebs- und Konzentrationsstörungen einhergehe, zurückzuführen. Andererseits beeinträchtigt aber auch das posturale Tachykardiesyndrom mit orthostatischer Hypotonie mit damit einhergehenden Schwindelanfällen, Übelkeit, Erbrechen und einer Kollapsneigung, welches auch noch funktionell überlagert sei, die Arbeitsfähigkeit der Explorandin. Im Rahmen einer Verweistätigkeit sollte der Explorandin die Möglichkeit gegeben werden, sich regelmässig nach Bedarf hinzulegen. Dies sollte im Rahmen einer Bürotätigkeit möglich sein, sicher aber im Rahmen einer Home-Office-Tätigkeit. Eine Tätigkeit mit Eigen- oder Fremdgefährdung (wie z.B. Tätigkeiten mit Absturzgefahr oder eine Aussendiensttätigkeit mit notwendigen Autofahrten) sei nicht mehr zumutbar. Die aktuelle Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestehe sicher ab Zeitpunkt der Begutachtung, also ab 10/2014. Das POTS habe sich nach einer geplanten Gallenblasenoperation im Juni 2012 und postoperativer Pneumonie entwickelt. Zunächst habe sicher eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Nach Einleitung entsprechender medikamentöser und nicht-medikamentöser Therapien sei es langsam zu einer Besserung und Stabilisierung der orthostatischen Dysregulation gekommen. Der stationäre Aufenthalt in der H.____ vom 3. Juli. ■ 24. September 2014 habe nochmals zu einer Besserung mit Zunahme der körperlichen Belastbarkeit und Stabilität und seltenerem Auftreten von Synkopen geführt. Zudem habe sich auch der psychische Zustand der Explorandin gebessert. Der genaue Verlauf der Arbeitsunfähigkeit sei retrospektiv schwer zu beurteilen, die aktuelle Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestehe sicher ab Zeitpunkt der Begutachtung.

5.2 Sodann stützt sich die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung der Hilflosigkeit der Beschwerdeführerin auf die Ergebnisse des Abklärungsberichts vom 23. Februar 2016 (IV-Nr. 151) sowie die ergänzende Stellungnahme der Abklärungsfachfrau vom 30. Juni 2016 (IV-Nr. 156) ab. Daraus geht im Wesentlichen hervor, dass die Beschwerdeführerin in den alltäglichen Lebensbereichen (wie An- und Auskleiden, Aufstehen, Essen, Körperpflege, Verrichten der Notdurft, Fortbewegung in der Wohnung und im Freien) keine regelmässige und erhebliche Hilfe benötige. Den Haushalt könne sie selber

organisieren und planen. Aufgrund der körperlichen Einschränkungen müsse sie sich jede Stunde für etwa 10 Minuten hinlegen, um den Schwindel möglichst zu verhindern. Wenn es ihr gesundheitlich sehr schlecht gehe, müsse ihr Ehemann ihr bei der Körperpflege und beim Anziehen helfen. Termine könne sie selber vereinbaren und einhalten, eine Aufforderung sei nicht notwendig. Den Tagesablauf strukturiere sie in der Regel selbständig. Tagsüber verrichte sie meist verschiedene Haushaltarbeiten oder mache Büroarbeiten so gut es gehe. Nach einem dreimonatigen REHA-Aufenthalt hätten sich zuhause die Rechnungen und Briefe gestapelt, sie sei damit überfordert gewesen und habe aus diesem Grund selber eine Beistandschaft beantragt. Gemäss der Beiständin Frau I.____, bestehe die Beistandschaft vor allem wegen des hohen und komplexen administrativen Aufwandes mit der Invalidenversicherung und den Ergänzungsleistungen. Die Beschwerdeführerin könne kurze Strecken selber mit dem Auto zurücklegen. Sie gehe einkaufen und fahre selber zweimal wöchentlich zur Physiotherapie in die J.____. Wenn es ihr gesundheitlich sehr schlecht gehe, werde sie von ihrem Partner gefahren. Somit sei eine Begleitung bei ausserhäuslichen Verrichtungen und Kontakten nicht notwendig. Ebenso bedürfte die Beschwerdeführerin keiner regelmässige Anwesenheit einer Drittperson zur Verhinderung einer dauernden Isolation von der Aussenwelt, keiner dauernden Hilfe im Rahmen der Grundpflege oder Behandlungspflege und auch keiner persönlichen Überwachung. Zusammenfassend sei der Antrag auf eine Hilflosenentschädigung aufgrund lebenspraktischer Begleitung zu verneinen.

6. Betreffend die vorliegend angefochtene Verfügung vom 18. November 2024 sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang:

6.1 Im polydisziplinären F.____-Gutachten vom 10. Juli 2023 (IV-Nr. 211.1, S. 3; Psychiatrie, Dermatologie, Neurologie und Innere Medizin) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Zur Beurteilung hielten die Gutachter fest, die Versicherte sehe sich selbst als nur teilarbeitsfähig an. Die hiesigen Befunde stützten dies teilweise: Der dermatologische Befund stütze die Annahme eines derzeit auf 80 % reduzierten Rendements und das aktenkundige POTS sowie die Autoimmunneutropenie machten Arbeiten in gefährdenden Höhen und Arbeiten im Personentransport (Chauffeurin) sowie über körperlich leichte Belastungen hinausgehende Arbeiten ungeeignet. Die hiesigen Befunde seien jedoch z.B. mit einer Bürotätigkeit vereinbar. Die vorangehenden aktenkundigen Bewertungen liessen sich hinsichtlich angepasster Tätigkeiten nicht mehr fortschreiben, da die objektiven klinischen Befunde angepasste Tätigkeiten (überwiegend sitzend oder wechselbelastend, körperlich leicht) zuliesse (Arbeitsfähigkeit 80 %), die mittels einer dermatologischen Behandlung in circa 6 Monaten auf 100 % steigerbar erscheine. Aktenkundig sei die seit circa 10 Jahren bestehende Hauterkrankung bislang noch nicht einbezogen, die jetzige dermatologische Bewertung sollte jedoch auch rückblickend für diesen Zeitraum gelten. Die aktenkundige übrige Bewertung habe auch deutlich auf den subjektiven Vortrag (hinsichtlich der Orthostase und der übrigen vegetativen Symptome) abgestellt und Inkonsistenzen in der Beschwerdeschilderung (nicht plausible Angaben zu chronischen orthostatischen Beschwerden ohne Orthostase-Provokationssituationen) bzw. eine parallele psychiatrische Erkrankung (Depression) beschrieben und in die Bewertung einbezogen. Die jetzige psychiatrische Untersuchung ergebe keine erhebliche affektive Störung, sodass hier eine Besserung diskutiert werden könne. Das POTS und die Autoimmunneutropenie bedingten auch trotz des diesbezüglichen blanden klinischen Befunds eine dauerhafte

reduzierte Belastbarkeit. Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar. Die Hauterkrankung begründe derzeit auch für angepasste Tätigkeiten eine auf 80 % geschätzte Reduktion der Arbeitsfähigkeit.

6.2 Sodann stützt sich die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung der Hilflosigkeit der Beschwerdeführerin auf die Ergebnisse des Abklärungsberichts vom 18. März 2024 (IV-Nr. 228) ab. Daraus geht im Wesentlichen hervor, dass die Beschwerdeführerin in den alltäglichen Lebensbereichen (wie An- und Auskleiden, Aufstehen, Essen, Körperpflege, Verrichten der Notdurft, Fortbewegung in der Wohnung und im Freien) keine regelmässige und erhebliche Hilfe benötige. Weiter wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin benötige keine Hilfeleistungen, die das selbständige Wohnen ermöglichen. Sie und ihr Ehemann hätten sich schon früh aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation auf eine Aufgabenteilung geeinigt. Wie auch im heutigen separaten Bericht zum Haushalt erwähnt, sei es primär die Aufgabe der Beschwerdeführerin, sich zuhause um die Kinder zu kümmern, während der grösste Teil der Haushaltsarbeiten durch den Ehegatten und die wöchentlich für drei- bis vier Stunden beauftragte Haushalthilfe erledigt würden. Die Beschwerdeführerin wäre, würde sie alleine wohnen, in der Lage, sich die notwendige Dritthilfe zu organisieren, das heisse, sie müsste deswegen nicht in ein Heim eintreten und würde auch nicht schwer verwarlosen. Sodann benötige die Beschwerdeführerin auch keine Begleitung bei ausserhäuslichen Verrichtungen und Kontakten. Im Normalfall stehe der Beschwerdeführerin ein Zweitwagen zur Verfügung, mit welchem sie die Tochter in der Kita abholen könne und im Notfall auch einmal einen dringenden Einkauf besorgen könne. Bei der in der Anmeldung mit «zeitweise Begleitung zu Terminen» erwähnten Begleitung seien primär ärztliche Konsultationen gemeint, bei denen ihr Ehemann aufgrund seiner beruflichen Tätigkeit die medizinischen Begriffe besser kenne. Ein Gespräch, wie das vorliegende mit der Invalidenversicherung, könne auch dazugehören. Das seien jedoch sporadische Termine, bei welchen keine Regelmässigkeit vorliege. Des Weiteren könne die Beschwerdeführerin die verordneten Medikamente selbst einnehmen. Früher habe ihr Ehemann ihr noch Infusionen verabreichen müssen, was aktuell nicht mehr der Fall sei. Somit bedürfe die Beschwerdeführerin keiner dauernden Hilfe im Rahmen der Grundpflege oder Behandlungspflege. Ebenso bedürfe sie keiner persönlichen Überwachung. Zusammenfassend bestehe keine Hilflosigkeit im Sinne der Invalidenversicherung. Das Gesuch sei abzulehnen.

7. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 13. Dezember 2024 bei der Beurteilung des Ausmasses der Hilflosigkeit der Beschwerdeführerin auf die Ergebnisse des Abklärungsberichts vom 18. März 2024.

7.1 Der Grad der Hilflosigkeit wird vorzugsweise durch eine Abklärung an Ort und Stelle (Art. 69 Abs. 2 IVV) ermittelt. Der Bericht über eine derartige Abklärung ist grundsätzlich geeignet, den entsprechenden Beweis zu erbringen, wenn er den folgenden Anforderungen gerecht wird: Als Berichtstatterin wirkt eine qualifizierte Person, welche Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den seitens der Mediziner gestellten Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Hilfsbedürftigkeiten hat. Bei Unklarheiten über physische oder psychische Störungen und/oder deren Auswirkungen auf alltägliche Lebensverrichtungen sind Rückfragen an die medizinischen Fachpersonen nicht nur zulässig, sondern notwendig. Weiter sind die Angaben der Hilfe leistenden Personen zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und detailliert bezüglich der

einzelnen alltäglichen Lebensverrichtungen sowie den tatbestandsmässigen Erfordernissen der dauernden Pflege und der persönlichen Überwachung (Art. 37 IVV) und der lebenspraktischen Begleitung (Art. 38 IVV) sein. Schliesslich hat er in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben zu stehen.

7.2 Wie aus dem vorgehenden Absatz hervorgeht, hat die Abklärungsfachperson bei der Erstellung des Berichts die sich aus den seitens der Mediziner gestellten Diagnosen ergebenden Beeinträchtigungen und Hilfsbedürftigkeiten zu berücksichtigten und bei Unklarheiten über physische oder psychische Störungen und/oder deren Auswirkungen auf alltägliche Lebensverrichtungen Rückfragen an die medizinischen Fachpersonen zu stellen. Um seitens der Abklärungsfachperson auf den vorliegenden medizinischen Sachverhalt abstellen zu können, bedarf es somit einer lückenlosen und beweismässigen medizinischen Entscheidungsgrundlage. In medizinischer Hinsicht stützt sich die Abklärungsfachperson im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der F.____ vom 10. Juli 2023 (IV-Nr. 211.1, S. 3; Psychiatrie, Dermatologie, Neurologie und Innere Medizin) ab, weshalb vorab dessen Beweiswert zu prüfen ist.

Vorweg ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) mit Medienmitteilung vom 4. Oktober 2023 darüber informiert hat, dass die Invalidenversicherung keine medizinischen Gutachten mehr an diese Begutachtungsstelle vergeben werde. Damit kommt die IV der Empfehlung der Eidgenössischen Kommission für die Qualität bei der medizinischen Begutachtung (EKQMB) nach. Diese gelangte zum Ergebnis, von ihr überprüfte ärztliche Gutachten der F.____ hätten formale und inhaltliche Mängel aufgewiesen. Daraufhin hat das BSV die IV-Stellen angewiesen, bereits vorliegende Gutachten der F.____ einer erneuten Qualitätskontrolle zu unterziehen, wenn im konkreten Fall noch kein rechtskräftiger Leistungsentscheid vorliegt. Das Bundesgericht hat zum Beweiswert derartiger Gutachten festgehalten, es genügen ■ analog zu versicherungsinternen ärztlichen Stellungnahmen ■ bereits geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit eines Gutachtens dieser Begutachtungsstelle, um eine neue Begutachtung anzuordnen oder ein Gerichtsgutachten einzuholen (Urteil des Bundesgerichts 8C_122/2023 vom 26. Februar 2024 E. 3.3; vgl. auch BGE 150 V 363 E. 5.4.3). Die Beweiskraft des F.____-Gutachtens vom 10. Juli 2023 ist somit nach diesem Massstab zu beurteilen. Ergänzend ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass der Beweiswert des F.____-Gutachtens vom 10. Juli 2023 bereits im Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2025.7 vom 18. November 2025 beurteilt wurde, weshalb nachfolgend darauf zu verweisen ist:

«7.2.1 Im neurologischen Teilgutachten der F.____ (IV-Nr. 211.1, S. 102) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Zur Beurteilung führte der neurologische Gutachter aus, aktenkundig bestünden seit etwa 2012 Beschwerden, die ursächlich auf ein posturales orthostatisches Tachykardiesyndrom (POTS) zurückgeführt worden seien, aber auch auf psychische Störungen. Aktenkundig seien den subjektiven Angaben der Versicherten zufolge über die Zeit subjektive Verbesserungen der Symptomatik beschrieben worden, so unter einer Therapie mit Gutron und Inderal, die aktuell aber nicht mehr fortgeführt werde. Die hiesigen Befunde zeigten keine nervalen Dehnungszeichen. Die Hirnnerven stellten sich regelrecht dar. Manifeste oder latente Paresen lägen nicht vor, die Muskeleigenreflexe liessen sich seitengleich mittellebhaft auslösen und zeigten die Intaktheit der Reflexbögen an. Hinweise auf eine zentralmotorische Läsion hätten sich nicht ergeben. Bei der Überprüfung der Sensibilität sei

für alle Qualitäten ein normales Empfinden angegeben worden. In vegetativer Hinsicht hätten sich keine peripher vegetativen Störungen gefunden. Der Blutdruck sei im Sitzen 112/70 mmHg bei einer Pulsfrequenz von 63 mit Pulsus regularis gewesen, drei Minuten nach Stehen sei der Blutdruck 106/72 mmHg mit einer Pulsfrequenz von 74 Pulsus regularis gewesen, Abbruch weiterer Blutdruckmessungen im Stehen wegen Auftretens von Wärmegefühl. Die Koordination habe sich regelrecht dargestellt. Insgesamt habe sich ein regelrechter klinisch-neurologischer Untersuchungsbefund gefunden. Bei aktenkundig diagnostiziertem POTS seien wiederholt Symptome beschrieben worden, die sich nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf ein POTS zurückführen liessen. So sei das Auftreten unspezifischer Symptome auch im Liegen und auch über Stunden bis Tage andauernde Beschwerden nicht hinreichend wahrscheinlich ursächlich auf ein POTS zurückzuführen. Allenfalls könnten typisch bei Orthostase auftretende Symptome, die mit einer Kreislaufregulationsstörung einhergingen, auf ein POTS zurückgeführt werden. Beschwerden, die ohne einen Zusammenhang mit einer Kreislaufdysregulation stünden, wie zum Beispiel Beschwerden, die nicht bei Positionswechsel vom Liegen oder Sitzen zum Stehen aufträten und welche über Stunden oder Tage andauerten, könnten nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf ein POTS zurückgeführt werden. Aus neurologischer Sicht ergäben sich keine objektiven Befunde, die auf eine grundsätzliche und namhafte Einschränkung der persönlichen Fähigkeiten und der persönlichen Belastungsfähigkeit hindeuteten. Die Versicherte sehe sich aufgrund der, von ihr vorgetragene Beschwerden, als zurzeit nicht arbeitsfähig an, sofern sie ihre Kinder betreuen müsse. Die aktenkundige gutachterliche und weitere Bewertung einer erheblichen POTS-bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich aus neurologischer Sicht auch rückblickend nicht hinreichend teilen, da auch vorangehend ein psychischer Störungsanteil bzw. Inkonsistenzen beschrieben worden seien und die jetzige geringe Therapieintensität auch keine gravierende Beeinträchtigung anzeige. Zumindest hinsichtlich angepasster Arbeiten (ohne höhere Risiken für eine Provokation orthostatischer Episoden) sei die in 2015 attestierte Minderung der Arbeitsfähigkeit auf 50 % nicht mehr zu bestätigen. Dies treffe auch auf die angestammte Tätigkeit zu, da diese als überwiegend wechselbelastend und sitzend auszuüben anzusehen sei. Das berichtete einmalige, Jahre zurückliegende, aktenkundig als Krampfanfall gewertete Ereignis habe sich nicht wiederholt und könne auch im Kontext einer Synkope diskutiert werden. Hier ergebe sich allenfalls die Empfehlung, Arbeiten in gefährdenden Höhen und Tätigkeiten im Personentransport (Chauffeurin) zu meiden, was jedoch auch nicht dem angestammten Tätigkeitsmuster entspreche. Für eine Minderung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich neurologisch somit weder aktuell noch rückblickend hinreichend konsistenter Anhalt. Die vorangehenden Bewertungen liessen sich im Fachgebiet nicht mehr ausreichend bestätigen, da auch vorangehend Inkonsistenzen und eine nicht somatische Komponente erhoben und attestiert worden seien.

Hinsichtlich des Beweiswertes der vorgehenden gutachterlichen Ausführungen ist festzuhalten, dass der neurologische Gutachter nur ungenügend begründet, weshalb seiner Ansicht nach die Diagnose eines posturalen orthostatischen Tachykardiesyndroms (POTS) nicht bzw. nicht mehr gestellt werden kann. Der Gutachter verweist hier im Wesentlichen darauf, dass sich ein regelrechter klinisch-neurologischer Untersuchungsbefund gefunden habe, ohne konkret und nachvollziehbar darzulegen, weshalb er im Gegensatz zu den Gutachtern der E.____ im Gutachten vom 16. Januar 2015 die Diagnose POTS nicht mehr stellt. Zudem stellt er sich auf den Standpunkt, die aktenkundige gutachterliche und weitere

Bewertung einer erheblichen POTS-bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich aus neurologischer Sicht auch rückblickend nicht hinreichend teilen, da vorangehend ein psychischer Störungsanteil bzw. Inkonsistenzen beschrieben worden seien und die jetzige geringe Therapieintensität auch keine gravierende Beeinträchtigung anzeige. Er verneint damit retrospektiv ebenfalls eine relevante Einschränkung durch das damals diagnostizierte POTS ohne dies nachvollziehbar zu begründen, obwohl eine relevante Einschränkung damals sowohl von den behandelnden Ärzten als auch von den E.____-Gutachtern attestiert wurde. Eine diesbezügliche Auseinandersetzung mit dem E.____-Gutachten und den Berichten der behandelnden Ärzte findet im neurologischen Teilgutachten der F.____ jedoch nicht statt. Zwar ergibt sich aus dem Bericht von Dr. med. C.____, Leitende Ärztin Neurologie, D.____ vom 13. März 2020 (IV-Nr. 178), dass es der Beschwerdeführerin von Seiten der Kreislaufragegulationsstörung seit der ersten Schwangerschaft mit Geburt vor knapp zwei Jahren deutlich besser gehe. So gebe es nur einzelne Tage mit Schwindel und Mühe aufzustehen. Damit erscheint gestützt auf diesen Bericht zwar eine Verbesserung des POTS im Jahr 2020 möglich. Aber daraus lässt sich für den Zeitpunkt der F.____-Begutachtung vom 10. Juli 2023 nicht ableiten, in welchem Maße sich diese Verbesserung manifestiert hat, zumal im neurologischen Teilgutachten der F.____ diesbezüglich eine nachvollziehbare Beurteilung fehlt. Hinzu kommt, dass das neurologische Teilgutachten auch in den übrigen Punkten nur rudimentär begründet wurde und der Gutachter zudem die Fragen der Beschwerdegegnerin teilweise unpräzise bzw. mit identischen Begründungen beantwortet.

Zusammenfassend genügen diese Mängel, um geringe Zweifel am neurologischen Teilgutachten aufkommen zu lassen, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann.

7.2.2 Im internistischen Teilgutachten der F.____ (IV-Nr. 211.1, S. 54) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Zur Beurteilung führte der internistische Gutachter aus, im internistischen Fachgebiet ergäben sich aufgrund der Autoimmunneutropenie und des posturalen Tachykardiesyndroms eigenständige dauerhafte Einschränkungen der Belastbarkeit in der angestammten oder einer vergleichbaren Tätigkeit. Internistisch empfehle sich insofern aufgrund der erhöhten Infektionsgefährdung bei Autoimmunneutropenie auf Tätigkeiten im Freien, in Zugluft, in Kälte und mit stetigem Kundenkontakt, wie beispielsweise in der umgeschulten Tätigkeit als Detailhandelsfachfrau Sport sowie aufgrund des posturalen Tachykardiesyndroms auf Tätigkeiten mit erhöhten Unfall- und Verletzungsgefahren, so auch der erlernten Tätigkeit als Malerin aufgrund Absturzgefahren auf Leitern und Gerüsten, und der zuletzt ausgeübten als Vertreterin mit häufigen Autofahrten zu verzichten. Somit sei in solchen Tätigkeiten von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Rückblickend bestünden im internistischen Fachgebiet aufgrund der Autoimmunneutropenie seit der Erstdiagnose im Oktober 2001 und seit dem Jahr 2012 aufgrund des posturalen Tachykardiesyndroms eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit in der angestammten oder einer vergleichbaren Tätigkeit. Hingegen ergäben sich im internistischen Fachgebiet keine Hinweise auf Erkrankungen, die eigenständige dauerhafte Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten in Innenbereichen beispielsweise als Bürosachbearbeiterin oder Telefonistin bedingten. Geeignet seien Tätigkeiten in Innenbereichen beispielsweise als Bürosachbearbeiterin oder Telefonistin unter Verzicht auf Arbeiten im Freien, in Zugluft, in Kälte oder mit stetigem Kundenkontakt, mit erhöhten Unfall-, Verletzungs- und Absturzgefahren aufgrund Nutzung

von Leitern, Tritten und Gerüsten sowie mit Autofahrten. Die Versicherte selbst sehe sich aufgrund der, von ihr vorgetragenen Beschwerden auch in angepasster Tätigkeit als Sachbearbeiterin nur mit 50%-Pensum teilarbeitsfähig an. Eine dies begründende internistische Erkrankung lasse sich anhand der hiesigen Befunde nicht belegen, da die vorliegenden Gesundheitsstörungen in einer angepassten Tätigkeit nicht namhaft zum Tragen kommen könnten. Hinsichtlich des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten ergäben sich im internistischen Fachgebiet keine Hinweise auf Erkrankungen, die eigenständige dauerhafte Einschränkungen oder eine Minderung der Arbeitsfähigkeit bedingen. Die im Vorgutachten von 2015 benannte Minderung der Arbeitsfähigkeit habe zudem primär nicht auf internistische Erkrankungen gegründet, sondern eher auf eine mittelgradige depressive Episode sowie ein funktionell überlagertes posturales Tachykardiesyndrom. Auch die letzte aktuelle internistisch-hämatologische Bewertung aus dem Jahr 2020 von Dr. K.____ habe auf die Komplexität diverser Krankheiten verwiesen und die Mitbeteiligung des hämatologischen Leidens an der Gesamtsituation und der Arbeitsunfähigkeit bis 30 % eingeschätzt, eine Spezifizierung zu Pensum oder Rendement sei nicht erfolgt.

Hinsichtlich des Beweiswertes der vorgehenden gutachterlichen Ausführungen ist festzuhalten, dass der internistische Gutachter der Beschwerdeführerin aufgrund der Diagnose Posturales orthostatisches Tachykardiesyndroms (POTS) ■ anders als der neurologische Gutachter (s. E. II. 7.2.1 hiervor) ■ in der bisherigen Tätigkeit zwar eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hat. Aber wie der neurologische Gutachter begründet auch der internistische Gutachter nur ungenügend, weshalb er im Zusammenhang mit dem POTS der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit sowohl retrospektiv als auch im Zeitpunkt der Begutachtung keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit attestiert, obwohl eine relevante Einschränkung damals sowohl von den behandelnden Ärzten als auch von den E.____-Gutachtern attestiert wurde. Eine diesbezügliche Auseinandersetzung mit dem E.____-Gutachten und den Berichten der behandelnden Ärzte findet im internistischen Teilgutachten der F.____ ebenfalls nicht statt. Zwar ist das POTS im ICD-10-GM 2024 mit dem Code G90.80 unter «Sonstigen Erkrankungen des Nervensystems» gelistet und betrifft somit das neurologische Fachgebiet. Aber bereits der Umstand, dass der internistische Gutachter das POTS in seiner Diagnoseliste erfasst und diesbezüglich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit verneint, ohne dies nachvollziehbar zu begründen, reicht aus, um geringe Zweifel am internistischen Teilgutachten hervorzurufen, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann.

7.2.3 Im dermatologischen Teilgutachten der F.____ (IV-Nr. 211.1, S. 147) wurde ein Pruritus sine materia, ICD-10: L29.89, diagnostiziert. Zur Beurteilung führte der Gutachter aus, die Beschwerdeführerin habe über Juckreiz am gesamten Körper in wechselnder Intensität geklagt, zeitweise auch beschwerdefrei, jedoch täglich auftretend, insbesondere an den Händen und im unteren Teil der Unterarme, an den Unterschenkeln und Füßen. Anamnese und Befund begründeten somit im Fachgebiet Dermatologie die Diagnose Pruritus sine materia. Anamnestisch bestehe bei der Versicherten seit zehn Jahren ein chronischer Juckreiz, vorrangig an den Extremitäten, subjektiv stressbedingt, der zu einem Aufkratzen der Haut in den befallenen Arealen führe. Als klinischer Befund zeigten sich multiple ältere und frische Kratzwunden ohne erkennbare, zu Grunde liegende Dermatose. Aufgrund des Juckreizes und der kratzbedingten Hautwunden sei die allgemeine Leistungsfähigkeit der Versicherten gemindert, insbesondere während der von ihr selbst als

ausgeprägt beschriebenen Phasen, welche ca. einmal pro Monat bzw. alle zwei Monate für die Dauer von einer Woche auftraten. Unter Würdigung der Anamnese und des Befundes sei die Leistungsminderung mit 20 % zu bewerten. Die beschriebene Arbeitsfähigkeit besteht seit ca. zehn Jahren. Diese Einschränkung bestehe in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit. Eine angepasste Tätigkeit bestehe aus körperlich nicht überwiegend schweren und nicht hautbelastenden Arbeiten. Die gesundheitlichen Auswirkungen bestünden gleichartig im beruflichen wie im hauswirtschaftlichen Bereich. Unter adäquater Therapie sei eine Besserung der Beschwerden mit Steigerung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit zu erwarten, dies im Umfang von 100 % und in einem Zeitraum von geschätzt sechs Monaten.

Das dermatologische Teilgutachten ist nachvollziehbar begründet und steht in Übereinstimmung mit den Vorakten. Zudem wird es seitens der Parteien nicht bestritten, womit darauf abzustellen ist.

7.2.4 Im psychiatrischen Teilgutachten der F.____ (IV-Nr. 211.1, 185) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Zur Beurteilung führte die psychiatrische Gutachterin aus, die Versicherte berichte vorrangig bei langem Stehen unter Schwindel, Übelkeit und Erbrechen zu leiden. Sie brauche viele Pausen, Tätigkeiten im Sitzen würden besser gehen. Normalerweise könne sie zu Hause auch kochen ohne wesentliche Beschwerden. Darüber hinaus habe sie «schwere Augen», sie müsse sie schliessen, sonst würde sich alles um sie herum drehen. Sie leide auch unter starkem Juckreiz an beiden Händen, beiden Armen, beiden Füßen und der Tibia-Kante. Eine höhergradige psychische Beeinträchtigung komme nicht zum Vortrag und sei auch in der vertiefenden Exploration nicht herauszuarbeiten. Im hiesigen AMDP-konform erhobenen Befund seien keine erheblichen Auffälligkeiten zu objektivieren. Insbesondere Stimmung, Antrieb und affektive Schwingungsfähigkeit imponierten nicht namhaft gestört. Eine affektive Erkrankung sei somit bei fehlenden Achsenkriterien nicht (zumindest nicht mehr) ICD-10-konform zu diagnostizieren. Retrospektiv berichte die Versicherte über depressive Verstimmungen, Ängste und Schuldgefühle im Rahmen einer Schwangerschaft 2021. Sie habe bereits über die Missbildung ihres Kindes gewusst und es sei später zu einer Totgeburt gekommen. In dieser Zeit habe sie sich in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befunden. Darüber hinaus auch wegen einer Schlafstörung. Seit Geburt des Sohnes im Oktober 2022 erfolge diese Behandlung nicht mehr. Sie würde diese aber gern zur Stabilisierung wieder aufnehmen und um noch bestehende Schuldgefühle zu verarbeiten. Hier sei vom Vorliegen einer Anpassungsstörung auszugehen, die weitgehend abgeklungen sei. Ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit resultiere daraus nicht. Auch für das Vorliegen einer anderweitigen psychiatrischen Erkrankung finde sich kein Anhalt: Eine Angst- oder Zwangserkrankung, Persönlichkeitsstörung, Suchterkrankung, Traumafolgestörung, anderweitige psychiatrische Erkrankung oder somatoforme Schmerzstörung sei nicht ICD-10-konform zu diagnostizieren, da die entsprechenden Kriterien fehlten. Die Versicherte berichte über den jahrelangen Gebrauch von Zolpidem, zum Teil bis zwei Tabletten täglich, aktuell eine halbe bis eine Tablette. Laborchemisch sei aktuell kein wirksamer Spiegel nachweisbar. Hier sei von einem schädlichen Gebrauch von Sedativa auszugehen, ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit resultiere daraus ebenfalls nicht. Zusammenfassend lasse sich aus aktueller gutachterlicher Sicht feststellen, dass, übereinstimmend mit der Einschätzung des psychiatrischen Gutachters der E.____, Dr. med. L.____, die Diagnosen einer generalisierten

Angststörung und einer (atypischen) Anorexia nervosa nicht gestellt werden könnten, die diagnostischen Kriterien seien nicht erfüllt. Die 2015 noch festgestellte (medikamentös behandelte) mittelgradige depressive Episode sei im August 2015 noch vorhanden gewesen. 2022 sei es zu einer erneuten depressiven Episode gekommen, nachdem die Versicherte von den Missbildungen ihres ungeborenen Kindes erfahren habe und es zu einer Totgeburt gekommen sei, diagnostisch wäre dies aber eher einer Anpassungsstörung zuzuordnen und nicht einer eigenständigen depressiven Episode. Die Versicherte habe einige Male einen Psychiater aufgesucht und sich in vorübergehender psychotherapeutischer Behandlung befunden. Mit der Geburt des jüngsten Sohnes im Oktober 2022 sei diese beendet worden. Von der Versicherten werde eine Wiederaufnahme gewünscht, um noch bestehende, intermittierend auftretende Schuldgefühle zu bearbeiten. Dies sei aus gutachterlicher Sicht verständlich, würde aber keine Arbeitsunfähigkeit begründen. Von dissoziativen Phänomenen sei aktuell nicht berichtet worden. Das Vorliegen gelegentlich auftretender dissoziierter Phänomene würde ebenso eine eigenständige Diagnose nicht begründen und auch keine Arbeitsunfähigkeit. Sodann hielt die Gutachterin zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit fest, aus psychiatrischer Hinsicht bestünden sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit keine Einschränkungen. Die seit 2014 attestierten Einschränkungen liessen sich angesichts des jetzigen Befunds nicht mehr fortschreiben, sodass die jetzige Bewertung spätestens mit der jetzigen Untersuchung gelte. Die im Januar 2015 noch bestehende mittelgradige depressive Episode sei anhand des jetzigen Befunds nicht mehr nachweisbar. Diese sei remittiert.

Die vorstehenden Ausführungen der psychiatrischen Gutachterin vermögen zu überzeugen. Die Gutachterin legte nachvollziehbar dar, dass bei der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Begutachtung keine die Arbeitsunfähigkeit einschränkenden psychischen Beschwerden mehr vorlagen. Dies erscheint denn auch im Lichte der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin gegenüber der Gutachterin plausibel. Am Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens vermögen die von der Beschwerdeführerin dagegen vorgebrachten Rügen nichts zu ändern, wie nachfolgend darzulegen ist. Insofern die Beschwerdeführerin rügt, die psychischen Beeinträchtigungen seien im Vergleich zum Gutachten der E. ___ vom 16. Januar 2015 weitgehend unverändert geblieben, kann auf die vorstehenden Ausführungen verwiesen werden, worin die psychiatrische Gutachterin der F. ___ nachvollziehbar darlegte, dass im Zeitpunkt der Begutachtung keine relevanten psychischen Beeinträchtigungen mehr bestanden. Sodann macht die Beschwerdeführerin geltend, gemäss Seite 209 des psychiatrischen Teilgutachtens habe sie angegeben, sich maximal noch für eine Stunde konzentrieren zu können. Dies werde von der Gutachterin nicht angezweifelt, jedoch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit völlig unberücksichtigt gelassen. Dem ist entgegenzuhalten, dass im psychiatrischen Gutachten hierzu festgehalten wurde, Konzentration und Aufmerksamkeit seien unauffällig, der Subtraktionstest werde sicher durchgeführt. Dazu übereinstimmend wurde im neurologischen Teilgutachten in diesem Zusammenhang ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei konzentriert sowie aufmerksam und durch äussere Reize nicht ablenkbar gewesen. Auch im internistischen Teilgutachten wurde hierzu vermerkt, die Beschwerdeführerin sei während der internistischen Untersuchung stets attent, aufmerksam, freundlich und kooperativ gewesen, Hinweise auf die anamnestisch reklamierten Konzentrationsstörungen hätten währenddessen nicht bestanden.

Zusammenfassend kann somit auf das beweiswertige psychiatrische Teilgutachten der F.____ abgestellt werden. Gestützt auf dieses beweiswertige fachärztliche Teilgutachten, welches eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in überzeugender Weise verneint, kann auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429).»

8. Gestützt auf die obigen Erwägungen aus dem Urteil VSBES.2025.7 kann auf das neurologische und das internistische Teilgutachten der F.____ nicht abgestellt werden. Die Beschwerdeinstanz holt in der Regel ein Gerichtsgutachten ein, wenn sie im Rahmen der Beweiswürdigung zum Schluss kommt, ein bereits erhobener medizinischer Sachverhalt müsse (insgesamt oder in wesentlichen Teilen) noch gutachterlich geklärt werden oder eine Administrativexpertise sei in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn es darum geht, zu einer bisher vollständig ungeklärten Frage ein Gutachten einzuholen. Ebenso steht es dem Versicherungsgericht frei, eine Sache zurückzuweisen, wenn allein eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1 S. 100, 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264). In der Regel spricht der Umstand, dass die IV-Stelle im Rahmen von Art. 44 ATSG ein medizinisches Gutachten eingeholt hat, gegen die Annahme einer vollständig ungeklärten Frage. Im vorliegenden Fall ist die Konstellation aber insofern anders, dass das F.____-Gutachten gestützt auf die neue bundesgerichtliche Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_122/2023 vom 26. Februar 2024; s. E. II. 6.7 hiervor) in beweisrechtlicher Hinsicht wie eine versicherungsinterne medizinische Beurteilung zu behandeln ist und demnach bereits relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen genügen, damit darauf nicht mehr abgestellt werden kann. Die bisherigen Abklärungen haben daher aus heutiger Sicht beweisrechtlich nicht mehr den Stellenwert eines gestützt auf Art. 44 ATSG eingeholten Administrativgutachtens. Es rechtfertigt sich deshalb, den internistischen und den neurologischen Sachverhalt als bislang vollständig ungeklärt zu betrachten und die Sache ■ wie bereits mit Urteil VSBES.2025.7 vom 18. November 2025 betreffend Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente entschieden ■ zur Vornahme weiterer Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie ein internistisches und ein neurologisches Gutachten einholt. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdegegnerin nach den erfolgten medizinischen Abklärungen eine aktuelle Abklärung betreffend Hilflosenentschädigung zu veranlassen hat, weshalb auf diesbezüglichen Rügen nicht einzugehen ist. Hiernach hat die Beschwerdeführerin über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin zu befinden.

9. Demnach ist die Beschwerde in dem Sinn gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 13. Dezember 2024 aufzuheben.

9.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

Demnach wird erkannt:

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

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Vizepräsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

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