



OBERGERICHT

Verwaltungsrechtliche Abteilung

OG V 25 15

Besetzung

Verfahrensbeteiligte

Gegenstand

Entscheid vom 27. Februar 2026

Präsidentin Agnes H. Planzer Stüssi
Oberrichter Tony Z'graggen, Oberrichter Stefan Flury
Gerichtsschreiberin Claudia Schlüssel

A.____
vertreten durch RA MLaw Tania Teixeira,
Rudolf & Bieri AG, Rechtsanwälte und Notare,
Ober-Emmenweid 46, 6021 Emmenbrücke 1
Beschwerdeführerin

gegen

IV-Stelle Uri, Dätwylerstrasse 11, 6460 Altdorf
Beschwerdegegnerin

Leistungen nach IVG
(Verfügung vom 24.06.2025)

Prozessgeschichte:

A.

Die Beschwerdeführerin beantragte erstmals am 7. August 2006 Invalidenversicherungsleistungen. Die in der Folge von der Beschwerdegegnerin gewährte Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche konnte – nachdem die Beschwerdeführerin eine angepasste Tätigkeit gefunden hatte – am 29. August 2007 abgeschlossen werden (Mitteilungen vom 07.12.2006 und 29.08.2007). Nach Anmeldung vom 4. April 2014 wurde der Beschwerdeführerin wiederum Arbeitsvermittlung zugesprochen, ein Rentenanspruch hingegen verneint (Verfügung vom 08.08.2014). Auf das Leistungsbegehren vom 27. Juni 2018 trat die Beschwerdegegnerin nicht ein (Verfügung vom 12.11.2018).

Am 25. März 2020 meldete sich die Beschwerdeführerin erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Nach zunächst abschlägigem Vorbescheid (Nichteintreten) trat die Beschwerdegegnerin auf das Gesuch ein, tätigte weitere Abklärungen (u.a. Gutachten vom 07.04.2022). Mit Verfügung vom 24. Juni 2025 sprach sie der Beschwerdeführerin eine abgestufte Invalidenrente ab 1. März 2021 zu (01.03.2021 - 30.06.2021: ganze Rente, 01.07.2022 - 31.12.2023: 25%-Rente, ab 01.01.2024: 45%-Rente).

B.

Dagegen erhob die Beschwerdeführerin am 21. August 2025 Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das Obergericht des Kantons Uri (Verwaltungsrechtliche Abteilung).

Sie stellt folgende Anträge:

- " 1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 24. Juni 2025 sei aufzuheben.
2. Der Beschwerdeführerin sei rückwirkend seit dem 1. September 2020 eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100% zuzusprechen.
3. Eventualiter: Es sei ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten anzuordnen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zzgl. MwSt) zu Lasten der Beschwerdegegnerin."

Die Begründung dieser Anträge ergibt sich, soweit erforderlich, aus den nachstehenden Erwägungen.

C.

Mit Stellungnahme vom 2. Oktober 2025 beantragte die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde vom 21. August 2025 sei abzuweisen.

Die Begründung dieses Antrages ergibt sich, soweit erforderlich, ebenfalls aus den nachstehenden Erwägungen.

Erwägungen:

1.

Gegen Verfügungen, gegen welche eine Einsprache ausgeschlossen ist, kann Beschwerde an das kantonale Versicherungsgericht erhoben werden (Art. 56 Abs. 1 i.V.m. Art. 57 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Das Obergericht des Kantons Uri (Verwaltungsrechtliche Abteilung) ist sowohl sachlich (Art. 37 Abs. 1 Gesetz über die Organisation der richterlichen Behörden [Gerichtsorganisationsgesetz; GOG, RB 2.3221]) als auch örtlich (Art. 69 Abs. 1 lit. a Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]) zuständig. Die 30-tägige Beschwerdefrist (Art. 60 Abs. 1 ATSG) sowie die übrigen Formvorschriften (Art. 61 lit. b ATSG) wurden eingehalten. Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (Art. 59 ATSG). Auf die Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist einzutreten.

2.

Strittig ist vorliegend der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin beziehungsweise die Höhe der auszurichtenden Invalidenrente. Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG).

2.1 Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem andern Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG (in der bis 31.12.2021 geltenden Fassung) wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie

zu mindestens 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 Prozent und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 Prozent invalid ist. Seit 1. Januar 2022 ist die Festlegung der Höhe des Rentenanspruchs im auf diesen Zeitpunkt neu eingefügten Art. 28b IVG geregelt. Gemäss dieser Bestimmung entspricht bei einem Invaliditätsgrad von 50 bis 69 Prozent der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 Prozent besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gelten die in Abs. 4 festgelegten prozentualen Anteile.

2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 20 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 313 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

3.

Das kantonale Versicherungsgericht hat von Amtes wegen die für den Entscheid erheblichen Tatsachen festzustellen; es erhebt die notwendigen Beweise und ist in der Beweiswürdigung frei (Art. 61 lit. c ATSG). Sind zur Abklärung des Sachverhaltes zusätzliche Beweise erforderlich, werden sie von Amtes wegen erhoben (Art. 60 Abs. 1 Verordnung über die Verwaltungsrechtspflege [VRPV, RB 2.2345]).

3.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades im Erwerbsbereich bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im Streitfall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 140 V 193 E. 3.2). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (Ulrich Meyer-Blaser, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend,

ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; zum Ganzen BGer 9C_478/2019 vom 30.09.2019 E. 3.1). Geht es um psychische Erkrankungen wie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409 und 418), sind für die Beurteilung der Arbeits- respektive Erwerbsfähigkeit systematisierte Indikatoren (Beweisthemen, Indizien) beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 4.1.3). Solche Leiden sind grundsätzlich einem entsprechenden strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen. Davon kann aus Gründen der Verhältnismässigkeit abgesehen werden, beispielsweise wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.3, 418 E. 7.1).

3.2 Der Grundsatz der freien Beweiswürdigung bedeutet für das Beschwerdeverfahren, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten.

3.3 Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; zum Ganzen BGer 9C_478/2019 vom 30.09.2019 E. 3.1).

3.4 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vergleiche die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen).

3.4.1 Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 125 V 351 E. 3b/bb). Insbesondere lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (BGer 8C_549/2019 vom 26.11. 2019 E. 3.2).

3.4.2 Bei den Ausführungen von RAD-Ärzten ohne eigene Untersuchung (Art. 54a IVG und Art. 49 Abs. 1 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]) handelt es sich (lediglich) um Empfehlungen zur weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens aus medizinischer Sicht (BGer 9C_405/2015 vom 18.01.2016 E. 5.1). In diesen würdigen RAD-Ärztinnen und -Ärzte die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht, ohne dass sie selber medizinische Befunde erheben. Solche RAD-Berichte vermögen sich einzig dazu zu äussern, ob der einen oder anderen ärztlichen Ansicht zu folgen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGer 9C_839/2015 vom 02.05.2016 E. 3.3). Die dabei erstellten Berichte haben eine andere Funktion als die medizinischen Gutachten (Art. 44 ATSG) oder die Untersuchungsberichte i.S.v. Art. 49 Abs. 2 IVV (vergleiche zu Letzteren BGer 9C_204/2009 vom 06.07.2009 E. 3.3.2). Aufgrund dieser unterschiedlichen Funktion können und müssen sie nicht die an ein medizinisches Gutachten gestellten inhaltlichen Anforderungen erfüllen. Es kann ihnen aber nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden. Sie sind vielmehr entscheidungsrelevante Aktenstücke (BGer 8C_756/2008 vom 04.06.2009 E. 4.4). Zu beachten ist jedoch, dass, falls ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll, an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen sind. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, kann auf deren Ergebnis nicht abgestellt werden und es sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 135 V 465 E. 4.4; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 4. Aufl., Zürich 2022, Art. 54a N. 2 und 4).

3.4.3 In Bezug auf Berichte von Hausärzten und behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche

Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc; BGer 8C_234/2021 vom 12.08.2021 E. 5.2).

4.

Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt (gemäss Aktendossier der Beschwerdegegnerin eingereicht mit der Beschwerdeantwort [nachfolgend: BG-act.]).

4.1 Im Bericht vom 21. April 2020 attestierten Pract. med. B.____, Assistenzarzt, und Dr. med. C.____, Zürcher Reha-Zentren, Klinik Davos (Aufenthalt: 25.03. - 21.04.2020), der Beschwerdeführerin eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit von 25. März bis 10. Mai 2020. Die arbeitsspezifische Belastungsfähigkeit habe während des Aufenthalts nicht gesteigert werden können. Sie empfahlen eine Fortsetzung der medizinischen Trainingstherapie und begleitende Einzeltherapien, um einer weiteren Dekonditionierung entgegenzuwirken (BG-act. 111).

4.2 Dr. med. D.____ (Kantonsspital), Altdorf, stellte im Bericht vom 23. Juni 2020 folgende (Haupt-)Diagnosen:

- okuläre, enorale und vaginale Sicca-Symptomatik offener Ätiologie (Sjörgren-Syndrom nicht gänzlich ausgeschlossen);
- Schulterschmerzen rechts;
- generalisiertes Weichteilschmerzsyndrom (DD bei Schmerzverarbeitungsstörung).

Die erneute Zuweisung sei bei – neu nachgewiesener – ANA-Erhöhung erfolgt. Klassische Kollagenose-typische Symptome könnten weiterhin weder anamnestisch noch klinisch erhoben werden. Klinisch und auch in der Skelettszintigrafie von Oktober 2019 ergäben sich keine Hinweise auf Synovitiden/primär-entzündliche Gelenksaktivität. Bei anamnestisch Zyanose der Hände (keine eigentliche Raynaud-Symptomatik) empfehle sie eine Kapillarmikroskopie mit der Frage nach organischer Mikroangiopathie. Die Schulterschmerzen rechts seien am ehesten auf ein subacromiales Impingement mit Tendinopathie der Rotatorenmanschette und (folglich) kleiner Sehnenläsionen im Bereich der Supraspinatussehne zurückzuführen. Diesbezüglich empfehle sie zunächst die Instruktion von Kräftigungsübungen zur Verbesserung der Humeruskopfzentrierung im Rahmen der bereits etablierten Physiotherapie (BG-act. 123, S. 745 ff.).

4.3 Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im Bericht vom 27. August 2020 folgende Diagnosen (nach ICD-10):

- F60.6 kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden und abhängigen Zügen;
- F33.1 rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradig, seit 2017 nicht remittiert;
- F40.01 Agoraphobie mit Panikstörung (Panikattacken seit 2001, Angst vor Menschenansammlungen bestehe "schon immer").

Die Patientin befinde sich seit dem 4. Mai 2020 bei ihm in ambulanter psychiatrischer Behandlung (Therapiesitzungen alle 2 - 3 Wochen). Sie habe bis Ende 2013 zu 100 Prozent gearbeitet. In den letzten Jahren seien zunehmende gesundheitliche Probleme (Allergien, Asthma, Urtikaria, Morbus Sjögren, Fibromyalgie, psychische Erkrankungen) aufgetreten. Seit 2014 sei es ihr trotz intensiven Bemühungen nicht mehr gelungen ein Arbeitspensum von mehr als 10 Prozent zu bewältigen. In den Explorationsgesprächen habe er zunächst Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung festgestellt, welche sich schliesslich zu der neuen Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung verdichtet hätten. Aufgrund ihrer Erkrankungen sei sie nicht nur in ihrer Arbeitsfähigkeit sehr stark eingeschränkt, sondern seit 2 bis 3 Jahren auch in der Führung ihres Haushaltes, in der Gestaltung ihrer Freizeit und ihrer sozialen Kontakte. Die hinzugekommene kombinierte Persönlichkeitsstörung stelle einen zusätzlichen, massgeblichen Faktor dar, welche die Arbeitsfähigkeit, die Verarbeitung der somatischen Erkrankungen und Beschwerden stark erschwere. In diesem Sinne stelle er eine Zustandsverschlechterung seit April 2014 fest, weshalb eine umfassende Abklärung erforderlich sei. Eine Eingliederungsmassnahme erachte er als nicht zumutbar. Er gehe von einer dauerhaften vollen Arbeitsfähigkeit aus (BG-act. 123, S. 740 ff.).

4.4 Im März 2022 wurde die Beschwerdeführerin bei der medexperts AG rheumatologisch (Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin), dermatologisch (Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Dermatologie und Venerologie), allgemein-internistisch (Dr. med. H.____, Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin), psychiatrisch (Med. pract. I.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie) sowie pneumologisch (Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Pneumologie) begutachtet. Im Gutachten vom 7. April 2022 (BG-act. 163) wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (nach ICD-10) gestellt (Gutachten S. 9 f.; BG-act. S. 933 f.):

- somatische Belastungsstörung (F45.1)
- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode (F33.0)
- Schulterschmerzen rechts → links (M25.51)
- chronifiziertes multiokuläres muskuloskelettales Schmerzsyndrom (M54.80/M79.60)

Zudem nannten sie die folgenden Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- Probleme in Verbindung mit Arbeitslosigkeit (Z56)
- Agoraphobie mit Panikstörung, remittiert (F40.01)
- Sicca-Symptomatik unklarer Ätiologie (gemäss Akten) DD primäres Sjögren-Syndrom
- Senk-/Spreizfüsse mit Hallux valgus beidseits
- chronisch toxisches irritatives Handekzem (L24.2)
- St.n. berufsbedingtem Asthma bronchiale (2001-2006) (J45.0)
- Adipositas Grad 1, cushingoider Aspekt

Die Gutachter kamen zum Schluss, dass aus interdisziplinärer Sicht die Arbeitsfähigkeit in jeglichen beruflichen Tätigkeiten 60 Prozent betrage. In einem täglichen Arbeitspensum von 5.1 Stunden in körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten seien kraftanfordernde und über der Horizontalen auszuführende Arbeiten mit der rechten oberen Extremität, Arbeiten in zu feuchtem Milieu oder mit zu starken Hautirritationen sowie Arbeiten mit Staubemissionen und atemwegsirritierenden Substanzen zu vermeiden. Arbeiten unter emotionalen Belastungen, Zeitdruck oder Stress seien zu vermeiden. Es würden Tätigkeiten in einer stressfreien Umgebung, in flexiblem Arbeitsmodus und ohne Zeitdruck oder Stress empfohlen. Arbeiten, bei denen eine schnelle Ein- und Umstellung auf neue Anforderungen, neue Situationen oder Anforderungen an die Ausdauer und kognitive Flexibilität im Vordergrund stünden, seien ungeeignet. Es sei eine ruhige, strukturierte Arbeit bei abwechslungsreichen Abläufen mit regelmässigen Pausen zu empfehlen, um eine schnelle Erschöpfung zu verhindern (Gutachten S. 8; BG-act. S. 932).

4.4.1 Führend hinsichtlich Einschätzung der Arbeitsfähigkeit seien die psychiatrischen Diagnosen einer somatischen Belastungsstörung und einer rezidivierenden depressiven Störung, welche Fähigkeitsbereiche wie Einzelaktivitäten, Spontanaktivitäten, Flexibilität, Durchhaltefähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Widerstands- und Umstellungsfähigkeit sowie Anpassung an Regeln und Routinen leicht bis moderat beeinträchtigten (Gutachten S. 9; BG-act. S. 933). Zur Herleitung der Diagnosen hielt die psychiatrische Gutachterin fest, in der aktuellen psychiatrischen Untersuchung habe sich im Querschnitt laut phänomenologischen Kriterien (Symptomatik, Krankheitsdauer, Verlauf, Schweregrad) sowie dem psychopathologischen Befund nach AMDP-Kriterien in diagnostischer Einschätzung eine somatische Belastungsstörung ergeben. Diese entspreche – im Hinblick auf die wiederholt kommentierten somatischen Befunde und die aktuellen Hinweise auf psychische Faktoren, die für die Aufrechterhaltung der somatischen Symptomatik beitragen – den Kriterien A, B und C nach DSM-5, und es sei bereits ein beginnender Verlauf der somatischen Belastungsstörung bei aktuell mittelgradiger Ausprägung laut Kriterium B nach DSM-5 festzustellen. Des Weiteren liege laut dem aktuellen psychopathologischen Befund eine affektive Störung im Sinne einer rezidivierenden leichtgradigen depressiven Erkrankung in partieller Remission vor, die den Kriterien des ICD-10 entspreche. Die klinisch-diagnostische Einschätzung sei durch das BDI-II sowie die Montgomery Asperg Depression Rating Scale (MADRS) objektiviert und quantifiziert worden. Aufgrund der Komplexität der zusammenwirkenden aktuellen psychischen Pathologie zeige sich eine gewisse Überlappung der Symptomatik mit daraus resultierenden funktionsrelevanten Defiziten mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Diagnose einer relevanten beziehungsweise generalisierten Angststörung oder Panikstörung könne in der aktuellen Begutachtung nicht bestätigt werden. Es seien keine pathologischen Angsteffekte – im Sinne von frei flottierenden Ängsten mit einem andauernden Gefühl von Anspannung und Besorgnis – zu verzeichnen. Auch andere überwiegend pathologische Angsteffekte, die auf eine primäre Angststörung hindeuten könnten,

hätten das psychopathologische Bild während der Exploration zu keinem Zeitpunkt geprägt (Gutachten S. 50; BG-act. S. 974). Die Versicherte beschreibe zwar einzelne Angstäquivalente, jedoch keine Konstellation von Symptomatik, welche den Kriterien einer generalisierten Angststörung oder Panikstörung nach ICD-10 entspreche. Miterfasste Angstäquivalente seien unter der depressiven Störung zu subsumieren. Hinweise für eine relevante Persönlichkeitsstörung, welche sich nach den Kriterien der ICD-10 und DSM-5 in einem andauernden unflexiblen, unangepassten Verhalten (beginnend in der Kindheit und Jugend) äussere und zur Beeinträchtigung von zwischenmenschlichen Beziehungen führe, lägen nicht vor. Bezogen auf das DSM-5 sei kein überdauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweiche, unter anderem in der Kognition, in der Affektivität, in der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen und in der Impulskontrolle festzustellen (Gutachten S. 53; BG-act. S. 977). Gemäss Untersuchungsbe- fund wirke die Versicherte auf der Persönlichkeitsebene verträglich, kooperativ, umgänglich, kontak- tfähig. Die Frustrationstoleranz und Impulskontrolle seien erhalten. Es zeigten sich keine Züge mit Dra- matisierungs- oder Entwertungstendenzen. Bei fehlenden prämorbidem Hinweisen auf eine Persön- lichkeitspathologie könnten in der aktuellen Exploration keine Hinweise (besonders) auf eine ängstlich- vermeidende und dependente Persönlichkeitsstruktur festgestellt werden. Die Versicherte wirke kei- nesfalls selbstunsicher, ängstlich gehemmt, unbeholfen oder kontaktscheu. Andauernde und umfas- sende Gefühle von Anspannung oder eine generelle Besorgtheit allem und jedem gegenüber sowie eine ständige Sorge, in sozialen Situationen kritisiert zu werden, seien nicht eruierbar. Bei fehlenden Auffälligkeiten in der Kindheit, Jugendzeit sowie im jungen Erwachsenenalter auf Verhaltensauffällig- keiten oder andere Alterationen zeige sich auch die berufliche Biografie der Versicherten mit gelunge- ner Sozialisation, einer Leistungsorientierung (wenngleich mit Unterbrechungen) durchgehend (Gut- achten S. 50; BG-act. S. 974). Die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht werde auf 60 Prozent in jeglichen beruflichen Tätigkeiten geschätzt. Die im Mai 2020 aufgrund der damals diagnostizierten komplexen Psychopathologie attestierte 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit der Versicherten in jegli- chen beruflichen Tätigkeiten sei aus gutachterlicher psychiatrischer Sicht retrospektiv nachvollziehbar. Die aktuell attestierte 40-prozentige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gelte spätestens seit der ak- tuellen Begutachtung. Eine etablierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung nach evidenz- basierten Leitlinien sei dringend erforderlich, damit die Versicherte ein psychosomatisches Krankheits- verständnis entwickeln könne. Der Abbau des inadäquaten Schon- und Vermeidungsverhaltens könne zur Änderung von Krankheitsüberzeugungen führen und das Erlernen von Bewältigungsstrategien er- möglichen. Die bereits installierte niedrigdosierte antidepressive Medikation sollte angepasst und op- timiert werden, weil die somatische Belastungsstörung mit einer komorbiden depressiven Störung as- soziiert sei. Es werde zu regelmässigen Kontrollen durch Drug-Monitoring geraten. Die aktuelle parti- elle Remission des depressiven Syndroms könne auch zu einer verbesserten Selbstregulation führen

und eine adäquate emotionale Verarbeitung des Schmerzerlebens ermöglichen (Gutachten S. 8; BG-act. S. 932).

4.4.2 Im rheumatologischen Gutachten werden deutlich rechtsbetonte Schulterschmerzen bei in den Akten dokumentierter Tendinopathie der Supra-/Infraspinatussehne rechts und Tendinitis calcarea rechts beschrieben, welche zu einer qualitativen Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit bezüglich kraftanfordernder und/oder über der Horizontalen auszuführender Arbeiten mit der rechten oberen Extremität führten. Das aktuell festgestellte chronifizierte multilokuläre muskuloskelettale Schmerzsyndrom, prädominant axial, im rechten Thorax und Tractus iliotibialis bds. sei anhand der objektivierbaren pathologischen Befunde ungenügend abstützbar. Klinisch objektivierbar seien eine Wirbelsäulenfehlstatik (Hohl-/Rundrücken, leichte Skoliose), muskuläre Dysbalancen und eine muskuläre Dekonditionierung. Radikuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfallsymptome seien nicht fassbar. Anhand der labordiagnostischen Befunde und der Bildgebung fänden sich keine Anhaltspunkte für eine chronische entzündliche rheumatische Systemerkrankung. Die aus rheumatologischer Sicht attestierte Minderung der Arbeitsfähigkeit von maximal 30 Prozent werde mit dem erhöhten Pausenbedarf mit über den Tag verteilten Pausen von geschätzt zwei Stunden aufgrund der chronischen und subjektiv belastenden Beschwerden im Rahmen des chronifizierten multilokulären muskuloskelettalen Schmerzsyndroms begründet und wirke sich nicht summativ auf die aus psychiatrischer Sicht aus denselben Gründen attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 Prozent aus. Die in den Akten dokumentierte Sicca-Symptomatik führe bei trotz eingehender Diagnostik fehlenden sicheren Hinweisen für das Vorliegen einer Kollagenose oder insbesondere eines primären Sjögren-Syndroms nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Auch die weiteren im rheumatologischen Fachgutachten aufgeführten Diagnosen beeinflussten die Arbeitsfähigkeit nicht (Gutachten S. 7, 9 und 26 f.; BG-act. S. 931, 933 und 950 f.).

4.4.3 Unter Einhaltung der empfohlenen Schutzmassnahmen ergäben sich aufgrund der pneumologischen und dermatologischen Diagnosen keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Die Abnahme der Lungenvolumina in den letzten Jahren werde auf die Gewichtszunahme zurückgeführt. Unter Behandlung mit Omalizumab (Xolair) sei es zu einer Remission der Urtikaria und der in den Akten dokumentierten Angioödeme gekommen. Aktuell sei die Versicherte diesbezüglich unter systemischer low-dose-Kortikosteroiddauertherapie symptomfrei. Bezüglich der Rosacea und des chronischen toxisch-irritativen Handekzems bei bekannten Kontaktallergien, unter anderem auf Formaldehyd und Nicksulfat, würden ein konsequentes Einhalten eines Hautschutzes, eine rückfettende Basistherapie sowie bedarfsweise topische Kortikosteroide empfohlen. Seitens des in den Akten diskutierten möglichen Sjögren-Syndroms bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Auch aus allgemein-inter-nistischer Sicht fänden sich keine Diagnosen mit Funktionseinbussen und Einfluss auf die

Arbeitsfähigkeit. Die Adipositas und der Nikotinkonsum beeinflussten die Arbeitsfähigkeit nicht (Gutachten S. 7 ff.; BG-act. S. 931 ff.).

4.4.4 Bezüglich Konsistenz und Plausibilität hielten die Gutachter Folgendes fest: Aus allgemein-ärztlicher und pneumologischer Sicht fänden sich keine Hinweise auf Inkonsistenzen. Aus rheumatologischer Sicht seien die von der Versicherten geschilderte Ausdehnung und die Intensität der muskuloskelettalen Beschwerden, die ausgesprochen tiefe Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit und die subjektiv 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit in jeglichen beruflichen Tätigkeiten anhand der vorliegenden Akten, der aktuellen klinischen, labordiagnostischen und radiologischen Befunde nicht erklärbar und nicht nachvollziehbar. Die Versicherte scheine ihren Beschwerden einen sehr hohen Stellenwert beizumessen und daraus recht absolute Rückschlüsse auf ihre Arbeitsfähigkeit zu ziehen. Aus dermatologischer Sicht seien die geschilderten Einschränkungen aufgrund der Ausschläge im Gesicht bei diskutiertem möglichem Sjögren-Syndrom nicht vollständig nachvollziehbar. Aus psychiatrischer Sicht werde von einer gewissen Inkonsistenz ausgegangen bezüglich des geschilderten Ausmasses von Einschränkungen des Aktivitätsniveaus und der fehlenden Bereitschaft für eine Intensivierung der psychiatrischen Behandlung (Gutachten S. 8; BG-act. S. 932).

4.5 Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, Regionaler ärztlicher Dienst Zentralschweiz (nachfolgend: RAD), hielt in der RAD-Stellungnahme vom 14. April 2022 fest, das Gutachten sei mit den chronologisch geordneten Vorakten, Anamnese, Befunden und Diagnosen umfassend. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei schlüssig hergeleitet und die 60-prozentige Arbeitsfähigkeit könne ab Untersuchungszeitpunkt (07.03.2022) übernommen werden. Es empfehle sich, die Versicherte an ihre Mitwirkungspflicht in der Behandlung der Depression zu erinnern (BG-act. 166).

4.6 Dr. med. E.____ nahm am 4. Juli 2022 Stellung zum Gutachten vom 7. April 2022. Das von den Gutachtern definierte Arbeitsplatzprofil existiere auf dem 1. Arbeitsmarkt – selbst auf einem hypothetischen 1. Arbeitsmarkt – nicht. Wenn überhaupt sei ein solches an einer geschützten Arbeitsstätte zu finden. Eine Arbeit mit abwechslungsreichen Abläufen ohne schnelle Ein- und Umstellung auf neue Anforderungen sei ein Widerspruch in sich. Die Frage, wo auf dem ersten Arbeitsmarkt für ungelernete Hilfskräfte Arbeitsbedingungen "um eine schnelle Erschöpfung zu vermeiden" zu finden seien, werde im Gutachten nicht geklärt. Es werde keine in Frage kommende Tätigkeit genannt. Bezüglich der Diagnose F45.1 sei der ICD-10 zu entnehmen, dass es für die Symptome, auf die sich die psychiatrische Diagnose stütze, keine somatische Ursache geben dürfe, ansonsten die Einordnung in andere Kategorien der ICD-10 erfolgen soll. Aktuell fänden weitere Abklärungen statt, es lägen erste neue Untersuchungsbefunde und eine neue Diagnose des Universitätsspitals Zürich vor, welche im Gutachten nicht berücksichtigt worden seien. Die von ihm gestellte Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden und abhängigen Zügen (ICD-10: F60.6) werde von der

psychiatrischen Gutachterin verworfen. Im Falle einer solchen diagnostischen Diskrepanz sei eine test-psychologische Untersuchung angezeigt. Ausserdem würde eine neuropsychologische Testung objektive Befunde zur kognitiven Leistungsfähigkeit liefern. Einzig eine Abklärung an einem Zentrum für berufliche Abklärung könnte die tatsächliche berufliche Leistungsfähigkeit und ein mögliches Stellenprofil zu klären helfen. Soweit die von ihm etablierte Medikation mit 8mg Escitalopram als zu gering dosiert angesehen werde, habe er bereits im Bericht vom 27. Januar 2021 festgehalten, dass bei einer höheren Dosis von 9 mg eine starke innere Unruhe aufgetreten sei. Eine stationäre psychiatrische Behandlung habe nicht stattgefunden, weil die Patientin eine solche nicht akzeptieren könne, was er in ihrem soziokulturellen Hintergrund und ihrer Persönlichkeitsstruktur begründet sehe und habe unter diesen Umständen auch keinen Erfolg. Sodann sei für ihn nicht nachvollziehbar, weshalb im Gutachten eine intensivere Behandlung gefordert werde, nachdem im Gutachten die volle Arbeitsunfähigkeit ab Mai 2020 als nachvollziehbar erachtet und eine 40-prozentige Einschränkung auf den Zeitpunkt der Begutachtung datiert werde; sich mithin in seiner Behandlung die Arbeitsfähigkeit um 60 Prozent verbessert haben soll (BG-act. 182).

4.7 Dr. med. L.____, Fachärztin FMH für Dermatologie und Venerologie, Universitätsspital Zürich (nachfolgend USZ), stellte im Bericht vom 30. August 2022 die Diagnosen Lupus tumidus (L93.230), chronisch spontane Urtikaria mit Angioödeme, aktenanamnestisch Verdacht auf Sjögren-Syndrom, Rosacea erythematoteleangiectatica sowie aktenanamnestisch Typ-IV-Sensibilisierung auf Nickel, Formaldehyd und Gummi. Hinweise für eine Urtikaria-Vaskulitis oder Sweet-Syndrom hätten nicht objektiviert werden können. Serologisch hätten sich keine Hinweise für eine systemische Beteiligung im Sinne eines systemischen Lupus erythematodes (SLE) oder einer Myositis gezeigt. Die Patientin sei ausführlich über die Natur des Lupus tumidus und die möglichen Therapieoptionen aufgeklärt worden (inklusive Instruktion zur konsequenten Anwendung von UV-Schutz sowie Meiden einer UV-Exposition). Erfreulicherweise habe die systemische Therapie mit Kortikosteroiden im weiteren Verlauf ausgeschrieben und abgesetzt werden können. Unter einer bedarfsweisen Lokaltherapie mit Ovixan-Creme und Protopic-Salbe habe eine zufriedenstellende Kontrolle des Hautbefundes erzielt werden können. Weitere Verlaufskontrollen mit Anpassung der Therapie seien geplant. Weiterführende allergologische Abklärungen seien nicht indiziert (BG-act. 186).

4.8 In der RAD-Stellungnahme vom 9. Februar 2023 hielt Dr. med. K.____ zum Bericht der dermatologischen Klinik (USZ) vom 30. August 2022 fest, die chronische Urticaria sei seit 2015 bekannt und aktenkundig; eine Urticaria-Vasculitis werde im aktuellen Bericht hingegen ausgeschlossen, wie sich auch keine Hinweise auf einen systemischen Lupus erythematodes fänden. Die multiplen Plaques würden mit einem Lupus tumidus erklärt, welcher sich erfahrungsmässig mit einer Photosensitivität äussere. Diesbezüglich sei ein genügender UV-Schutz (Kleidung, Sonnencreme Faktor 50) empfohlen worden.

In Bezug auf die Stellungnahme von Dr. med. E. ___ vom 4. Juli 2022 bestätigte er, dass das von den Gutachtern definierte ergonomisch angepasste Tätigkeitsprofil für leidensangepasste Verweistätigkeiten aufgrund der ausgewiesenen Diagnosen in verschiedener Hinsicht eingeschränkt sei. Die Verfügbarkeit entsprechender Stellen auf einem ausgeglichenen allgemeinen Arbeitsmarkt sei durch die berufliche Fachperson/Berufsberatung zu beurteilen. Von den Gutachtern sei jedoch kein beschützter/geschützter Arbeitsplatz explizit gefordert worden. Er wendet weiter ein, die Diagnose F45.1 – welche nach ICD-10 nicht gestellt werden sollte, wenn die Befunde derselben mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einer anderen somatischen Erkrankung aufgehen würden bzw. dort krankheitsimmanent verankert wären – schliesse nicht aus, dass auch diverse andersartig gestaltete somatische und psychiatrische Diagnosen/Komorbiditäten vorliegen könnten. Die psychiatrische Gutachterin habe keine klare medizinische Indikation für eine testpsychologische Untersuchung vorliegen gehabt und eine "diagnostische Diskrepanz" erfordere noch nicht zwingend eine testpsychologische Untersuchung. Die Indikation für eine berufliche Abklärung sollte – da diese bekanntlich keine medizinische Abklärung sei – nicht vom Mediziner zu stellen sein. Sie diene vielmehr der Umsetzung einer beruflichen Umorientierung in angepasste Tätigkeiten, dort wo aus berufsberaterischer Sicht indiziert. Soweit der behandelnde Psychiater den Verzicht auf eine stationäre Behandlung mit der "Persönlichkeitsstruktur" und dem "soziokulturellen Hintergrund" der Patientin begründete, verwies der RAD-Arzt auf die diesbezügliche Gerichtspraxis der Zumutbarkeit. Aus medizinischer Sicht lägen keine klaren somatischen oder psychopathologischen Befunde oder Diagnosen vor, welche eine stationäre Behandlung kontraindiziert erscheinen liessen. Mangels wirklich neuer medizinischer Aspekte (Befunde, Diagnosen, Therapieansätze) empfehle er, weiterhin auf die bisherige Beurteilung abzustellen (BG-act. 188).

4.9 Dr. med. M. ___, Facharzt FMH für Allergologie, klinische Immunologie, Dermatologie und Venereologie, USZ, berichtete am 17. April 2023 über eine Verlaufskontrolle bei Lupus tumidus. Aktuell unter topischer Therapie mit Oxivan seien die Stellen an der Haut gut kontrollierbar. Die indizierte Umstellung auf eine alternative immunsuppressive/-modulierende Behandlung sei noch nicht begonnen worden bei aktuell günstigem Verlauf. Mit der topischen Therapie werde vorerst wie gehabt fortgefahren. Die nächste Verlaufskontrolle sei in drei Monaten geplant (BG-act. 195).

4.10 Im Arzzeugnis vom 8. Oktober 2024 attestierte Dr. med. E. ___ eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit vom 1. bis zum 31. Oktober 2024. Die Patientin sei für jede Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt zu 100 Prozent arbeitsunfähig. Die Wiedereingliederung oder eine leidensangepasste Tätigkeit sei nicht mehr realisierbar. "Eine Vielzahl von Leiden somatischer Natur, Schmerzen, Erschöpfung, fehlende Belastbarkeit und Ausdauer, Schlafstörungen und nicht zuletzt die feste Überzeugung aus dem Kreislauf von Leiden und erfolglosen Behandlungen nie mehr herauszukommen", seien derart

verfestigt und chronifiziert, dass die Verbesserung des Gesundheitszustandes und die Wiedererlangung einer massgeblichen Arbeitsfähigkeit nicht mehr möglich sein würden (BG-act. 194).

4.11 Im IV-Bericht vom 5. November 2024, in dem Dr. med. E. ___ zu einem Grossteil seine Angaben vom 27. August 2020 übernommen und die gleichen Diagnosen gestellt hat, hielt er (unverändert) eine seit zwei bis drei Jahren bestehende Einschränkung im Haushalt fest. Abweichend zum vorherigen Bericht berichtete er über alle vier Wochen stattfindende Therapiesitzungen. Die Patientin sei auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht mehr integrierbar. Eine Integrationsmassnahme sei nicht erfolgsversprechend. Psychische und körperliche Einschränkungen würden zu einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit führen, es sei ein Dauerzustand erreicht. Auch im Haushalt bestehe eine starke Einschränkung der Leistungsfähigkeit ("könne weiterhin ca. 30% im Haushalt machen, den Rest müsse der Mann erledigen") (BG-act. 194).

4.12 Dr. med. K. ___ verwies in seiner RAD-Stellungnahme vom 17. Dezember 2024 (bei unveränderten medizinischen Aspekten) auf seine letzte Stellungnahme (vom 09.02.2023). Es würden keine neuen medizinischen Befunde, Diagnosen oder Therapien angeführt, welche den versicherungsmedizinischen Sachverhalt richtungsweisend veränderten. Bei der dermatologischen Kontrolluntersuchung seien unveränderte Diagnosen und weiterhin keine Hinweise auf eine systemische Vasculitis genannt worden. Alle weiteren zwischenzeitlich durchgeführten Abklärungen hätten durchwegs Normalbefunde gezeigt (BG-act. 196).

4.13 Dr. med. N. ___, Facharzt FMH für Rheumatologie, nannte in seinem Bericht vom 15. Mai 2025 ein chronifiziertes ausgeweitetes muskuloskelettales Beschwerdebild, mutmasslich mit somatischen und psychischen Faktoren. Eine nozioplastische Schmerzverarbeitungsstörung sei zu vermuten. Es bestünden jedoch objektivierbare somatische Probleme inklusive manifester MTP 2 Arthritis rechts und Lupus tumidus, welcher den chronisch kutanen Lupuserkrankungen zuzuordnen sei und meist nicht in einen systemischen Lupus erythematodes übergehe. Die Abgrenzung zu einer Schmerzverarbeitungsstörung sei jedoch schwierig. Die Diagnose eines Sjögren-Syndroms sei bei negativen SS-A-Antikörpern und nicht konklusiver Histologie formal nicht zu stellen. Am 21. Mai 2025 erfolgte der Nachtrag, dass sich die Zehenschmerzen um 50 Prozent gebessert hätten (BF-Beilage 3).

5.

Die Beschwerdegegnerin sprach der Beschwerdeführerin eine abgestufte Invalidenrente ab 1. März 2021 zu (01.03.2021 - 30.06.2021: ganze Rente, 01.07.2022 - 31.12.2023: 25%-Rente, ab 01.01.2024: 45%-Rente). Demgegenüber beantragt die Beschwerdeführerin die Zusprache einer – rückwirkend ab 1. September 2020 auszurichtenden – ganzen Invalidenrente.

5.1 In der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 24. Juni 2025 hielt die Beschwerdegegnerin zur Begründung insbesondere Folgendes fest: Im rheumatologischen Gutachten würden die Beschwerden

einlässlich geschildert und berücksichtigt (erhöhter Pausenbedarf). Die sehr tiefe Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit sei nicht nachvollziehbar. Auch im dermatologischen und pneumologischen Gutachten, welche keine Arbeitsunfähigkeiten attestierten, würden die Beschwerden geschildert und die Gutachter hätten sich damit fundiert auseinandergesetzt. Das psychiatrische Gutachten sei nachvollziehbar und schlüssig. Die Leiden der Versicherten würden wiedergegeben, die Angaben zur "fehlende[n] Freude" werde etwas relativiert. Den Untersuchungsbefunden liessen sich keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung entnehmen, deren Vorliegen werde ausdrücklich verneint. Eine weitere Testung werde als nicht erforderlich erachtet. Die neuropsychologischen Fähigkeiten der Versicherten seien von keiner der fünf begutachtenden Personen nur ansatzweise in Frage gestellt worden, weshalb eine weitere Testung nicht erforderlich sei. Im Gutachten werde die Arbeitsfähigkeit auf insgesamt 60 Prozent geschätzt, wobei sich die rheumatologisch begründete Arbeitsunfähigkeit von circa 30 Prozent nicht additiv auf die psychiatrisch geschätzte Arbeitsunfähigkeit von 40 Prozent auswirke. Auf das beweiskräftige Gutachten könne abgestellt werden. Da die Versicherte nach der Kündigung ihrer Stelle per Ende Juli 2014, die letztlich zur psychischen Erkrankung geführt habe, mehrheitlich arbeitslos gewesen sei, seien Validen- und Invalideneinkommen auf der gleichen Grundlage (Tabellenlöhne) zu ermitteln. Bezüglich Leidensabzug hielt die Beschwerdegegnerin fest, der erhöhte Pausenbedarf aus rheumatologischer Sicht (insbesondere keine kraftanfordernde/über der Horizontalen auszuführende Arbeiten mit der rechten oberen Extremität) und die Limitierungen aus psychiatrischer Sicht (stressfreie Umgebung, kein Zeitdruck etc.) seien in den attestierten Arbeitsunfähigkeiten bereits berücksichtigt. Ebenfalls kein Abzug sei zu gewähren wegen Nationalität (Versicherte sei Schweizerin), Alter und Beschäftigungsgrad. Für die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt sei ein Abzug von 10 Prozent vertretbar (ab 2022 nicht mehr; Art. 26^{bis} IVV). Es sei nicht aktenkundig, dass die Versicherte "mindestens seit 2014 durchgehend arbeitsunfähig in ihrer angestammten Tätigkeit" sei. Retrospektiv ausgewiesen sei eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit in jeglichen beruflichen Tätigkeiten vom 25. März bis 10. Mai 2020 aus rheumatologischer und ab Mai 2020 aus psychiatrischer Sicht. Somit könne das Wartejahr im März 2020 eröffnet werden, was zu einem Rentenbeginn ab März 2021 führe. Ab 1. Juli 2022 (nach Ablauf einer 3-monatigen Frist) reduziere sich der Anspruch von einer ganzen Rente auf eine Rente von 25 Prozent und es erfolge der Wechsel ins stufenlose Rentensystem. Aufgrund einer per 1. Januar 2024 in Kraft getretenen Ordnungsänderung könne beim Invalideneinkommen ein 10-prozentiger Abzug gewährt werden (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV), womit sich der Anspruch ab 1. Januar 2024 auf eine Rente von 45 Prozent erhöhe.

5.2 Die Beschwerdeführerin macht mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 21. August 2025 geltend, das MEDAS-Gutachten vom 7. April 2022 sei nicht beweiskräftig. Die Diagnose Lupus tumidus sei im Arztbericht vom 30. August 2022 nach histologischer Sicherung definitiv gestellt worden, was die Gutachter ignoriert hätten, obwohl die Symptome schon im Gutachtens-Zeitpunkt bestanden hätten.

Auch die Sicca-Symptomatik hätten sie nicht erkannt und das Sjögren-Syndrom nicht erwähnt. Die Beschwerdeführerin ignoriere, dass es sich um eine chronisch-entzündliche Erkrankung mit möglichen systemischen Symptomen handle. E. ___ habe die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden und abhängigen Zügen fundiert und longitudinal erarbeitet, unter Anwendung von ICD-10 und DSM-5. Die MEDAS-Gutachterin habe diese nicht gewürdigt und sich nicht im Detail mit der Diagnostik von E. ___ auseinandergesetzt. Zudem sei keine testpsychologische Abklärung durchgeführt worden, obwohl eine solche bei Vorliegen einer diagnostischen Diskrepanz zwischen behandelndem Facharzt und Gutachterin laut Rechtsprechung und Qualitätsleitlinien einer psychiatrischen Begutachtung indiziert sei. E. ___ fordere eine neuropsychologische Testung insbesondere auch zur Objektivierung der kognitiven Leistungsfähigkeit und Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin. Die Persönlichkeitsstörung werde bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gar nicht berücksichtigt und die Verstärkung der somatischen Einschränkungen durch die psychische Struktur werde vollständig ausgeblendet. Der interdisziplinäre Konsens hätte diese Wechselwirkungen erfassen müssen, was aber klarerweise nicht in der gebotenen Tiefe erfolgt sei. E. ___ habe im Bericht vom 5. November 2024 nachvollziehbar dargelegt, dass seit 2020 keine Besserung der psychischen Situation vorliege. Er gehe von einer dauerhaften vollen Arbeitsunfähigkeit aus. E. ___ habe weiter dokumentiert, weshalb keine Dosissteigerung beim Medikament Escitalopram möglich sei. Und er habe eine (teil-)stationäre Therapie aufgrund soziokultureller Faktoren und Persönlichkeitsstruktur nachvollziehbar begründet abgelehnt. Die Vielzahl an somatischen Beschwerden (Haut, Gelenke, Sicca, allergische Sensibilisierung, muskuloskeletale Schmerzen) der Beschwerdeführerin würden im Gutachten auf eine "Somatisierungsstörung" ohne saubere differenzialdiagnostische Abgrenzung reduziert, was der ICD-10 widerspreche (F45.1: somatische Ursachen müssen ausgeschlossen sein). Die Konsensbeurteilung vermöge nicht zu überzeugen, weil die Gutachter die Wechselwirkungen der verschiedenen gesundheitlichen Probleme der Beschwerdeführerin nicht berücksichtigt hätten.

Die attestierte Restarbeitsfähigkeit sei nicht plausibel. Die aus psychiatrischer Sicht attestierte 60-prozentige Arbeitsfähigkeit beinhalte äusserst spezifische Einschränkungen (stressfrei, ohne Zeitdruck, keine Arbeiten über Schulterhöhe, keine Exposition gegenüber Reizstoffen, keine hohen kognitiven Flexibilitätsanforderungen). Kein Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt entspreche diesen Anforderungen. Das MEDAS-Gutachten sei zudem nicht mehr aktuell; seither habe es erhebliche gesundheitliche Veränderungen gegeben (Diagnose Lupus tumidus histologisch bestätigt; weitere Diagnostik Sjögren-Syndrom; langfristig bestehende chronische Beschwerden; keine Stabilisierung der psychischen Symptomatik, sondern manifeste Chronifizierung). Der RAD-Arzt verfüge als Allgemeinarzt sicherlich nicht über die notwendige Fachkompetenz, um die vorliegend komplexe multimorbide Situation sowie die entsprechenden Wechselwirkungen zwischen somatischer und psychischer Problematik zu erfassen und adäquat zu beurteilen. Hierfür bedürfte es einer überzeugenden polydisziplinären

Beurteilung. Gemäss der ausführlichen Beurteilung von E.____ vom 8. Oktober 2024 bestehe bei der Beschwerdeführerin gar keine Restarbeitsfähigkeit mehr, ein Wiedereinstieg in die angestammte oder eine leidensangepasste Tätigkeit sei nicht realisierbar. Trotz zahlreicher Therapieversuche habe auch mehr als zwei Jahre seit der Begutachtung keine gesundheitliche Verbesserung erzielt werden können. Die von der Beschwerdegegnerin bisher grösstenteils ungewürdigt gebliebenen objektiv medizinisch fassbaren Befunde passten offensichtlich zu den von E.____ beschriebenen funktionellen Einschränkungen und belegten, dass seine Beurteilung nicht auf rein subjektiven Beschwerden beruhe. Vorliegend sei ohne Weiteres darauf abzustellen. Bezüglich des Rentenbeginns hält die Beschwerdeführerin fest, das Wartejahr nach Art. 28 IVG verstehe sich hinsichtlich der angestammten Tätigkeit. Da sie in dieser gemäss IV-Akten seit mindestens 2014 durchgehend arbeitsunfähig sei, habe sie das Wartejahr schon lange erfüllt. Nachdem sie gemäss Beschwerdegegnerin ab 25. März 2020 vollumfänglich erwerbsunfähig gewesen sei, resultiere der Rentenanspruch vorliegend sechs Monate nach der Neuanmeldung von März 2020 (Art. 29 IVG), mithin ab 1. September 2020.

Selbst wenn ihr noch eine teilweise Restarbeitsfähigkeit zugemutet werden könnte, was bestritten werde, so sei deren Verwertbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt fraglich. Es liege nicht nur eine zeitliche Limitierung auf täglich 5.1 Stunden vor, sondern darüber hinaus ein hinsichtlich der somatischen Einschränkungen, der Hautallergien und der psychischen Einschränkungen vielfältig eingeschränktes Zumutbarkeitsprofil. Es stelle sich die Frage, welche körperlichen Tätigkeiten sie angesichts der Umstände überhaupt noch ausführen könnte. Sie verkenne nicht, dass das Bundesgericht in der Vergangenheit auch bei funktioneller Einarmigkeit eine erheblich erschwerte Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit angenommen, gleichwohl aber einen hinreichend grossen Arbeitsmarkt mit realistischen Betätigungsmöglichkeiten unterstellt habe. In diesem Zusammenhang sei auf das Rechtsgutachten "Grundprobleme der Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung" vom 27. Januar 2021 (von Prof. Dr. iur. Thomas Gächter, RA Dr. iur. Philipp Egli, RA Dr. iur. Michael E. Meier und Dr. iur. Martina Filippo) hinzuweisen. In diesem wurde gemäss Beschwerdeschrift unter anderem festgehalten, dass die vom Bundesgericht in ständiger Praxis angewendete Vermutung, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt auch Nischenarbeitsplätze umfasse – soweit ersichtlich – nicht empirisch untermauert worden sei sowie dass Nischenarbeitsplätze einen typischen Anwendungsfall der Härtefallklausel darstellten, bei der die Unzumutbarkeit der Verwertbarkeit die vermutete Regel darstelle, was ohne Vorliegen von besonderen Gründen zu einer Verneinung eines zumutbaren Invalideneinkommens führe. Das im Gutachten formulierte Arbeitsplatzprofil existiere auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht, schon gar nicht für ungelernete Hilfskräfte mit dem Ausbildungs- und Berufsprofil der Beschwerdeführerin. So seien Reinigungstätigkeiten ausgeschlossen (keine Überkopfarbeiten, kein Kontakt mit Staub oder Reinigungsmitteln, keine Feuchtigkeit). Bei Produktions- oder Hilfsarbeiten herrsche meist Zeitdruck, monotone Abläufe oder rasche Umstellungen – alles kontraindiziert. Bürotätigkeiten erforderten meist PC-Arbeit

mit kognitiver Flexibilität und Tempoanpassung. Angesichts der psychischen Einschränkungen, der kognitiven Einschränkungen, der somatischen Erkrankungen sei nicht ersichtlich, welche Arbeitsplätze ihr realistischerweise offen stehen würden. In Berücksichtigung des stark eingeschränkten Zumutbarkeitsprofils könne keinesfalls davon ausgegangen, dass sie eine allfällige Restarbeitsfähigkeit in einem Nischenarbeitsplatz mit Entgegenkommen des Arbeitgebers verwerten könne. Sodann fehle es an empirischen Grundlagen, dass solche Nischenarbeitsplätze auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt überhaupt in genügender Zahl vorhanden seien. Berücksichtige man zudem den Mangel an Ausbildung und Sprachkenntnissen, den Mangel an Berufserfahrung ausserhalb der nicht länger zumutbaren angestammten Tätigkeit, sei nicht von einer realistischen Betätigungsmöglichkeit auszugehen. Eine hypothetische, vermutete Verwertbarkeit sei daher angesichts der vorliegenden Umstände ausgeschlossen. Da sie bereits 57 Jahre alt (bzw. nach Vornahme der erforderlichen weiteren Abklärungen noch älter) sei, sei die verbleibende Aktivitätsdauer stark begrenzt.

Das Valideneinkommen sei nicht anhand der LSE, Kompetenzniveau 1, zu bemessen. Vor der erstmaligen gesundheitlichen Verschlechterung aus psychischen Gründen im Jahre 2013/2014 habe sie ein erheblich höheres Einkommen erzielt (2009-2012 durchschnittlich CHF 73'546.00). Aufgerechnet auf das Jahr 2022 sei von einem massgeblichen Valideneinkommen von mindestens CHF 79'656.65 auszugehen. Es könne auch bei betriebsbedingter Kündigung auf das vorherige Einkommen abgestellt werden, da gemäss Bundesgericht entscheidend sei, ob die versicherte Person ohne Gesundheitsschaden eine gleichwertige Stelle hätte finden können – nicht zwingend, ob die konkrete letzte Stelle tatsächlich fortbestanden hätte. Falls wider Erwarten von einer Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ausgegangen werde, wäre zumindest ein angemessener Leidensabzug zu berücksichtigen. Gemäss dem oben zitierten Rechtsgutachten sei die Bemessung des Invalideneinkommens anhand der LSE-Tabellenlöhne höchst problematisch. Tabellenmedianlöhne der LSE würden das Lohnniveau von gesundheitlich beeinträchtigten Personen nur sehr unzureichend widerspiegeln. Dem Abzug komme als Korrekturinstrument eine überragende Bedeutung zu (BGE 148 V 174). Ein solcher dränge sich vorliegend zweifellos in angemessener Höhe auf. Soweit die Beschwerdegegnerin einen solchen ab 2022 nicht mehr vornehme (davor 10%), sei dies rechtswidrig. Gemäss BGer 8C_823/2023 bestehe weiterhin Bedarf an weitergehender Korrektur, wobei ergänzend auf die bisherigen Rechtsprechungsgrundsätze zurückzugreifen sei. Vorliegend sei sie selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit qualitativ massiv eingeschränkt. Dem sei mit einem Abzug von mindestens 10 Prozent Rechnung zu tragen. Tabellenlöhne seien auch im Kompetenzniveau 1 extrem hoch, weil darin auch Berufe wiedergegeben seien, welche Erfahrung und Ausbildung erforderten, weshalb es auch aus diesem Grund eines Abzuges bedürfe. Da sie über keine Ausbildung und (ausserhalb der angestammten Tätigkeit) keine Berufserfahrung verfüge und ihr nur noch knapp acht Jahre bis zur Pensionierung verbleiben, sei ein Abzug wegen fehlender Dienstjahre beziehungsweise fehlender

Berufserfahrung angezeigt. Zudem sei der langdauernden Desintegration (seit 2014) mit einem Tabellenlohnabzug Rechnung zu tragen. Insgesamt sei ein Leidensabzug von 25 Prozent anzurechnen, sowohl im Jahr 2022 als auch ab 1. Januar 2024. Demnach könnte im Jahr 2022 allerhöchstens ein Invalideneinkommen von CHF 24'584.03 angerechnet werden.

5.3 Mit Beschwerdeantwort vom 2. Oktober 2025 stimmt die Beschwerdegegnerin der definitiven Diagnose eines Lupus tumidus insoweit zu, dass der Laborbericht des Universitätsspitals Zürich, dermatologische Klinik, über die Probe vom 3. Juni 2022 keine Anhaltspunkte für eine immunkomplex-medierte Vaskulitis oder einen Lupus erythematodes ergeben habe, sondern ausschliesslich einen Lupus tumidus, bei welchem eine günstige Prognose bestehe. Die Beschwerdeführerin habe auf die Therapie mit Ovixan Crème gut angesprochen. Die klinischen Symptome eines chronischen Handekzems sowie rezidivierender entzündlicher Plaques seien im Gutachten ebenso erwähnt worden wie das Sjögren-Syndrom (wenn auch erst verdachtsweise). Entsprechend sei die Einschränkung der manuellen Fähigkeit aufgrund des chronischen Handekzems als nachvollziehbar und medizinisch plausibel bezeichnet worden. Die dermatologische Problematik sei somit, soweit sie sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, im Gutachten erhoben und bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden. Ebenso sei die rheumatologische Einschränkung als ausgewiesen betrachtet und ein erhöhter Pausenbedarf und damit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten um höchstens 30 Prozent konstatiert. In psychiatrischer Hinsicht treffe es nicht zu, dass sich die Gutachter nicht mit der Persönlichkeitsstörung auseinandergesetzt hätten. Sie hätten miterfasste Angstäquivalente erhoben, allerdings unter die depressiven Störungen subsumiert. Die unterschiedliche Gewichtung der diagnoserelevanten Befunde liessen sich durch die Verschiedenheit von Behandlungs- und Gutachtensauftrag erklären. Zu Recht weise die psychiatrische Gutachterin darauf hin, dass die Therapie nicht der angegebenen Schwere der angegebenen psychischen Einschränkung entspreche. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung gälten nach wie vor Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung als wichtigste Grundlage für gutachterliche Schlussfolgerungen im Rahmen psychiatrischer Explorationen, so dass Tests nicht zwingend durchzuführen seien (BGer 8C_439/2024 vom 24.03.2025 E. 5.2.2). Fassbare, sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Verschlechterungen des Gesundheitszustandes seien entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin – insbesondere auch in somatischer Hinsicht – nicht ersichtlich. Auf den behaupteten früheren Beginn der sogenannten Wartezeit sei mangels näherer Angaben nicht einzugehen.

Was die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit anbelange, sei nicht ersichtlich, inwiefern das von den Gutachtern erstellte Profil eine Erwerbstätigkeit ausschliessen soll. Dieses erreiche nicht ein qualitatives Ausmass, das die Verwertbarkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt ausschliesse. Produktions- und Hilfsarbeiten mit diesem Profil seien zweifelsohne vorhanden, was die Beschwerdeführerin selber nicht

ausschliesse. Diese sei seit 2001 Bürgerin von Schattdorf, sodass sie sich nicht auf mangelnde Sprachkenntnisse berufen könne. Wie die Beschwerdeführerin selber einräume, bilde die Verneinung der Verwertbarkeit bei unter 60-Jährigen die Ausnahme und die angeführten Beispiele seien mit dem vorliegend zu beurteilenden nicht vergleichbar. Betreffend Valideneinkommen entspreche es langjähriger Rechtsprechung, dass dieses auf Grundlage der LSE-Tabellenlöhne berechnet werden könne, wenn – wie vorliegend – davon ausgegangen werden könne, dass die versicherte Person unabhängig vom Eintritt der Invalidität die bisherige Tätigkeit nicht mehr ausgeübt hätte. Es müsse nicht auf das vorherige Einkommen abgestellt werden. Betreffend Invalideneinkommen sei darauf hinzuweisen, dass bei der gutachterlich attestierten Restarbeitsfähigkeit von 60 Prozent der erhöhte Pausenbedarf offenbar bereits abgezogen worden sei, da während der möglichen Anwesenheitszeit von 60 Prozent keine Leistungseinschränkung eingeräumt worden sei. Wie bereits in der angefochtenen Verfügung festgehalten, sei für die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt die Gewährung eines Abzugs von 10 Prozent vertretbar. Gestützt auf BGE 150 V 410 sei dieser Abzug trotz Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV (in der von 01.01.2022 - 31.12.2024 [recte: 31.12.2023] geltenden Fassung) zu gewähren. Dies ergebe per März beziehungsweise ab Juli 2022 einen Invaliditätsgrad von 46 Prozent ($100\% - 60\% \times 0.9$). Aufgrund der Verordnungsänderung per 1. Januar 2024 ändere sich der Leidensabzug nicht; ein höherer als der in Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV (ab 01.01.2024) standardmässig vorgesehene Leidensabzug von 10 Prozent erscheine nicht gerechtfertigt.

Zusammenfassend sei ab März 2022 ein Rentenanspruch nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 46 Prozent, das heisst eine 40-Prozent-Rente ausgewiesen. Unter dem Strich fahre die Beschwerdeführerin leicht besser, wenn die angefochtene Verfügung (25%-Rente ab 01.01.2022 und 45%-Rente ab 01.01.2024) belassen werde, wie sie sei.

6.

Bei der Würdigung von Gutachten ist eine freie Beweiswürdigung massgebend, wenn zu überprüfen ist, ob sich die Sachverständigen an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztliche Feststellung anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGer 8C_703/2018 vom 13.06.2019 E. 3.2.2.2). Eine Parallelbeurteilung bei medizinischen Festlegungen durch das Gericht beziehungsweise den Versicherungsträger ist nur zulässig, wenn bei einer normorientiert erfolgten medizinischen Schätzung triftige Gründe vorliegen, um von ihr abzuweichen (BGE 145 V 361 E. 4.3).

6.1 Im Rahmen der freien Beweiswürdigung darf sich die Verwaltung – und im Streitfall das Gericht – weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-) Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu

eigen machen. Die rechtsanwendenden Behörden haben diesfalls mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, die vom invaliditätsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind (BGer 9C_201/2016 vom 18.07.2016 E. 3.2). Denn zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit – und zwar sowohl bei somatisch dominierten als auch bei psychisch dominierten Leiden – besteht keine Korrelation. Deshalb weist die medizinische Folgenabschätzung notgedrungen eine hohe Variabilität auf und trägt unausweichlich Ermessenszüge.

6.2 Die Gutachter der medexperts AG verfügen als Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Dermatologie und Venerologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Pneumologie über die für die Beurteilung des Gesundheitsschadens der Beschwerdeführerin angezeigten fachärztlichen Aus- und Weiterbildungen. Sie hatten zudem Kenntnis sämtlicher medizinischer Vorakten, setzten sich in angemessener Weise mit den geäußerten Beschwerden auseinander und begründeten ihre Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise. Damit erfüllt das Gutachten vom 7. April 2022 die praxisgemässen Anforderungen für eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 3.1).

7.

Die Einwendungen der Beschwerdeführerin führen zu keinem anderen Ergebnis. Insbesondere bestehen für das Gericht auch unter Berücksichtigung der anderslautenden ärztlichen Berichte keine Zweifel an der Beurteilung im Gutachten.

7.1 Bezüglich der von der Beschwerdeführerin angeführten definitiven Diagnose eines Lupus tumidus durch die dermatologische Klinik (siehe E. 4.7 hievor) ist festzuhalten, dass bei diesem eine günstige Prognose besteht und die Beschwerdeführerin auf die Therapie gut angesprochen hat. Die Sicca-Symptomatik (unklarer Ätiologie) wurde von den Gutachtern durchaus erkannt, jedoch unter den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt. Das von den Gutachtern als unwahrscheinlich erachtete Sjögren-Syndrom führt gemäss Gutachten zu keinen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (Gutachten S. 10; BG-act. S. 934, siehe auch E. 4.4.2 und 4.4.3 hievor). Die Einschränkung der manuellen Fähigkeit aufgrund des chronischen Handekzems erachteten sie als nachvollziehbar und medizinisch plausibel. Die Patientin wisse, dass sie ihre Hände speziell schützen und behandeln müsse und komme im Alltag damit gut zurecht. Da sie auch in Bezug auf mögliche Arbeiten wisse, was sie ihren Händen zutrauen könne, wäre eine Arbeit mit Einhaltung der gegebenen Schutzmassnahmen respektive Meidung von Irritation und den bekannten Kontaktallergenen durchaus möglich (siehe Gutachten S. 36; BG-act. S. 960). Damit wurde die dermatologische Problematik, soweit sie sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, im Gutachten erhoben und bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt.

7.2 Aus rheumatologischer Sicht wurde ein erhöhter Pausenbedarf anerkannt und eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 30 Prozent attestiert. Dr. med. N.____ nannte im Bericht vom 15. Mai 2025 zwar objektivierbare somatische Probleme (manifeste MTP 2 Arthritis rechts und Lupus tumidus). Gemäss Nachtrag vom 21. Mai 2025 hatten sich die Zehenschmerzen bereits um 50 Prozent gebessert. Den aufgrund der "geschilderten generalisierten grippeartigen [Symptome] und die vor Jahren dokumentierte Lymphopenie" ebenfalls diskutierten systemischen Lupus erythematodes (SLE) – wofür sich im August 2022 serologisch keine Hinweise ergeben hatten (siehe E. 4.7 hievor) – relativierte der Rheumatologe gleich selber, da die Abgrenzung zu einer Schmerzverarbeitungsstörung schwierig sei (BF-Beilage 3).

7.3 Soweit die Beschwerdeführerin bemängelt, die Gutachterin habe die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden und abhängigen Zügen nicht gewürdigt und sich nicht im Detail mit der Diagnostik von E.____ auseinandergesetzt, kann ihr nicht gefolgt werden. Die psychiatrische Gutachterin konnte anlässlich ihrer Exploration – bei fehlenden prämorbid Hinweisen auf eine Persönlichkeitspathologie – keine Hinweise (besonders) auf eine ängstlich-vermeidende und dependente Persönlichkeitsstruktur feststellen. Sie hielt diesbezüglich fest, die Versicherte wirke keinesfalls selbstunsicher, ängstlich gehemmt, unbeholfen oder kontaktscheu. Andauernde und umfassende Gefühle von Anspannung oder eine generelle Besorgtheit allem und jedem gegenüber sowie eine ständige Sorge, in sozialen Situationen kritisiert zu werden, seien nicht eruierbar. Anlässlich der Befragung zum aktuellen Leiden habe die Versicherte angegeben: "Innere Unruhe oder Anspannung kenne sie nicht. Sie sei keinesfalls leicht verletzt oder gekränkt." Im Weiteren: "Sie habe keine Versagensgefühle, gegenüber der eigenen Person sei sie nicht kritischer geworden." (Gutachten S. 45; BG-act. S. 969). Nach den Kriterien des ICD-10 und DSM-5 könne man ein – in der Regel erstmals in der Jugendzeit auftretendes – tiefverwurzeltes Fehlverhalten mit entsprechenden zwischenmenschlichen und gesellschaftlichen Problemen mit einer Manifestation im Erwachsenenalter nicht feststellen (vgl. E. 4.4.1 hievor). Dabei hat die Gutachterin nebst der Erfassung der anamnestischen Daten und der psychopathologischen Symptomatik auch das interaktionelle Verhalten, das klinische Bild, die Ausdrucksweise der Versicherten sowie das subjektive Krankheitskonzept als wichtige Hinweise für die interpersonellen Kompetenzen und für eine psychosoziale Integration herangezogen und konnte keine relevante Persönlichkeitsstörung feststellen (Gutachten S. 50 und 52; BG-act. S. 974 und 976). Somit hat eine Auseinandersetzung mit der (durch den behandelnden Psychiater diagnostizierten, siehe E. 4.3 hievor) Persönlichkeitsstörung durchaus stattgefunden. Demgegenüber stimmt die Beurteilung der Persönlichkeitsstörung durch Dr. med. E.____ im Bericht vom 5. November 2024 ("In den Explorationsgesprächen konnte ich zunächst Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung [...] feststellen, welche sich schliesslich zu der neuen Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung verdichtet haben") wörtlich mit jener im Bericht vom 27. August 2020 überein (vgl. BG-act. 123 und 194). Er setzt sich

nicht mit den diesbezüglichen Ausführungen im Gutachten auseinander, sondern wiederholt lediglich seine bereits vor der Begutachtung abweichende Einschätzung, was keine auch nur geringen Zweifel an der gutachterlichen Einschätzung zu wecken vermag.

7.4 Eine neuropsychologische Testung – wie sie Dr. med. E. ___ zur Objektivierung der kognitiven Leistungsfähigkeit und Persönlichkeitsstruktur fordert – ist nur bei begründeter Indikation, zum Beispiel bei Verdacht auf neurokognitive Beeinträchtigungen oder bei schwer objektivierbaren Beschwerden beziehungsweise geklagten Funktionseinbussen, zu prüfen. Dabei liegt es im Ermessen der psychiatrischen Sachverständigen zu entscheiden, inwiefern testpsychologische Befunde angezeigt sind. Diese Verfahren haben denn auch keinen eigenständigen gutachtlichen Charakter, sondern sind Zusatzbefunde, welche in die psychiatrisch-gutachtliche Gesamtbeurteilung einfließen. Ihnen kommt nach den aktuell geltenden Qualitätsstandards in der psychiatrischen Begutachtung bloss ergänzende Beweisfunktion zu. Ein Verzicht darauf vermag keinen gutachterlichen Mangel im Sinne einer unvollständigen Expertise zu begründen (BGer 8C_663/2021 vom 09.02.2022 E. 5.6.5; Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten, SGPP/SGVP [Hrsg.], 3. Aufl. 2016 [abrufbar unter www.psychiatrie.ch; nachfolgend: Qualitätsleitlinien], S. 11 Ziff. 4.3.2.2). So verhält es sich auch vorliegend. Die psychiatrische Gutachterin konnte weder bei der klinisch orientierten Prüfung der Kognition noch in Bezug auf die Persönlichkeit besondere Auffälligkeiten feststellen. So hielt sie fest, die Versicherte habe das Explorationsgeschehen mit ausreichender Aufmerksamkeit verfolgt. Bei der klinisch orientierten Prüfung der Kognition und Funktionen habe sich eine Dysfunktion in der Konzentration und Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und Auffassungsgabe nicht feststellen lassen. Die Funktionen des Kurz- und Langzeitgedächtnisses wirkten klinisch unbeeinträchtigt und die von der Versicherten angegebenen mnestischen Schwierigkeiten hätten sich auf der Befundebene nicht widerspiegelt (Gutachten S. 49; BG-act. S. 973). Dass die psychiatrische Expertin bei dieser Feststellung nicht lege artis vorgegangen sei und den ihr im Rahmen ihres gutachterlichen Ermessens zustehenden Spielraum verlassen habe, macht die Beschwerdeführerin nicht geltend und ist nicht ersichtlich. Demnach hatte die Gutachterin keine Veranlassung, diesbezüglich weitere Abklärungen zu tätigen und der Verzicht auf testpsychologische Zusatzuntersuchungen ist – entgegen der Beschwerdeführerin – nicht zu beanstanden.

7.5 Sodann lässt sich den Qualitätsleitlinien unter Ziffer 6.3 (entgegen der Beschwerde) nicht entnehmen, dass bei Vorliegen einer diagnostischen Diskrepanz zwischen behandelndem Facharzt und Gutachterin eine testpsychologische Abklärung indiziert wäre. An genannter Stelle heisst es lediglich, dass es sich "bei massiv anderslautender Beurteilung gegenüber dem aktuell behandelnden Arzt" empfehle, eine "fremdanamnestiche Auskunft bei diesem einzuholen" (Qualitätsleitlinien S. 21 Ziff. 6.3). Vorliegend wurden im Gutachten zwar Angstäquivalente erhoben, jedoch unter die depressiven

Störungen subsumiert. Dies stellt keine "massiv anderslautende Beurteilung" dar, sondern lässt sich durch die Verschiedenheit von Behandlungs- und Gutachtensauftrag erklären (vgl. E. 3.4.1 hievore). E.____s Einschätzung zur Persönlichkeitsstörung im Bericht vom 5. November 2024 stimmt wörtlich mit derjenigen im Bericht vom 27. August 2020 überein, die erhobenen Befunde unterscheiden sich nur unwesentlich. Da er auch sonst keine bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt gebliebenen wichtigen Aspekte nennt, hätte auch eine im Rahmen der Begutachtung eingeholte fremdanamnestiche Auskunft zu keinen wesentlichen (neuen) Erkenntnissen geführt.

7.6 Im Weiteren wirft die Beschwerdeführerin den Gutachtern vor, sie hätten die Vielzahl somatischer Beschwerden, unter denen sie leide, ohne saubere differenzialdiagnostische Abgrenzung auf eine "Somatisierungsstörung" reduziert, was dem ICD-10 widerspreche (F45.1: somatische Ursachen müssten ausgeschlossen sein).

7.6.1 In der DSM-5 wird die somatische Belastungsstörung beschrieben als "ein/mehrere körperliche Symptome, die zu erheblichen Einschränkungen des Alltags führen und exzessive Gedanken/Gesundheitssorgen/Ängste bzgl. der Symptome" (https://flexikon.doccheck.com/de/Somatische_Belastungsstörung_und_verwandte_Störungen, abgerufen am 28.01.2026). Gemäss ICD-10 ist das Charakteristikum von somatoformen Störungen (F45.-) "die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Wenn somatische Störungen vorhanden sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmass der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten" (<https://www.icd-code.de/suche//icd/code/F45.-.html?sp=SF45>, abgerufen am 28.01.2026).

7.6.2 Anders als in der Beschwerde vorgebracht wird, ergibt sich hieraus nicht, dass somatische Ursachen gänzlich ausgeschlossen sein müssen, sondern lediglich, dass allenfalls vorliegende somatische Ursachen die Beschwerden – wie vorliegend – nicht vollumfänglich zu erklären vermögen (siehe E. 4.4.2 und 4.4.4 hievore). Damit übereinstimmend hat Dr. med. K.____ in seiner Stellungnahme vom 9. Februar 2023 festgehalten, dass die Diagnose F45.1 das Vorliegen anderer somatischer und psychiatrischer Diagnosen nicht ausschliesse.

7.6.3 Im psychiatrischen Teilgutachten wurde eine somatische Belastungsstörung diagnostiziert, welche den Kriterien A, B und C nach DSM-5 entspreche. Die vorgetragenen Schmerzen seien mit unangemessenen und andauernden Gedanken bezüglich der Ernsthaftigkeit der vorliegenden Symptome verbunden. Im Vordergrund stünden anhaltende und stark ausgeprägte Sorgen sowie Befürchtungen mit maladaptiven Kognitionen in Bezug auf die Gesundheit. Für die Beschwerden und die Gesundheitssorgen werde ein starker Aufwand an Zeit und Energie aufgebracht. Die Gesundheitssorgen hätten eine zentrale Rolle im Leben der Versicherten eingenommen. Obwohl der Leidensdruck hauptsächlich auf

das Schmerzerleben und deren Bedeutung ausgerichtet sei, bleibe sowohl die körperliche als auch die psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität bei der Versicherten reduziert. Als Risikofaktoren für die Entwicklung einer somatischen Belastungsstörung dürfe man Erfahrungen von Gewalt in der Ehe, Schwierigkeiten bei der Integration sowie die ernsthaften Erkrankungen beider Söhne annehmen (vgl. Gutachten S. 52 f.; BG-act. S. 976 f.). Damit wurde die Diagnose einer somatischen Belastungsstörung nachvollziehbar hergeleitet.

7.7 Ebenfalls plausibel erscheint die im Gutachten gestellte Diagnose einer rezidivierenden leichtgradigen depressiven Erkrankung in partieller Remission (vgl. dazu E. 4.4.1 hievor) sowie die Feststellung, dass im Zeitraum von 2016 bis Mai 2020 (in dem keine psychotherapeutische Behandlung stattgefunden habe) eine krankheitswertige, behandlungswürdige psychische Erkrankung nicht vorgelegen habe beziehungsweise remittiert gewesen sei (Gutachten S. 46 und 52; BG-act. S. 970 und 976). Eine durchgehende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung wird denn auch nicht geltend gemacht und Dr. med. E. ___ hat seine Angabe, dass die depressive Störung seit 2017 nicht remittiert sei, in seinen Berichten nicht weiter begründet (vgl. BG-act. 123 und 194).

7.8 In seiner Stellungnahme vom 4. Juli 2022 hat sich Dr. med. E. ___ hauptsächlich zur mangelnden Verfügbarkeit von angepassten Arbeitsstellen geäußert, jedoch nicht näher mit den im Gutachten gestellten Diagnosen auseinandergesetzt. Bei der beschwerdeweise zur Begründung für eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit angeführten "ausführlichen Beurteilung von E. ___ vom 08.10.2024" handelt es sich zudem um ein gerade mal eine Seite umfassendes Arzzeugnis (Begründung weniger als ½ Seite), welches nicht geeignet ist, die gutachterliche Einschätzung in Frage zu stellen. Der Bericht vom 5. November 2024, in welchem Dr. med. E. ___ zum grössten Teil seine Ausführungen im Bericht vom 27. August 2020 (teilweise wörtlich) übernommen hat, enthält gar keine Auseinandersetzung mit dem Gutachten. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes lässt sich diesen Berichten nicht entnehmen.

7.9 Zusammengefasst lässt sich nach dem Gesagten festhalten, dass durch die Berichte von Dr. med. E. ___ – in denen dieser keine bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt gebliebenen wichtigen Aspekte benennt – keine Zweifel an der Einschätzung der psychiatrischen Gutachterin geweckt werden, da eine abweichende Einschätzung durch behandelnde Fachärzte für sich allein keine solchen Zweifel zu begründen vermag (vgl. E. 3.4.1 hievor). Denn die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen und eröffnet der begutachtenden Psychiaterin deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern die Expertin – wie vorliegend – lege artis vorgegangen ist (BGer 8C_154/2022 vom 19.05.2022 E. 4.2).

7.10 Es bleibt festzuhalten, dass es für den Aussagegehalt eines medizinischen Berichts nicht in erster Linie auf die Dauer der Untersuchung ankommt. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen bildet die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (BGer 8C_715/2022 vom 08.03.2023 E. 5.3). Anhaltspunkte, dass die psychiatrische Gutachterin die entsprechenden Vorgaben nicht beziehungsweise nur ungenügend beachtet hätte, sind nicht erkennbar. Sie erhob die Anamnese, berücksichtigte die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden, setzte sich mit den Standardindikatoren auseinander und beurteilte die Konsistenz und Plausibilität sowie die Ressourcenfrage (Gutachten S. 52 - 55; BG-act. S. 976 - 979). Die psychiatrische Expertise ist inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig, weshalb die Untersuchungsdauer nicht entscheidend ist (BGer 8C_715/2022 a.a.O.).

8.

Zu den weiteren Argumenten der Beschwerdeführerin ist Folgendes festzuhalten:

8.1 Die Rüge, in der Konsensbeurteilung des Gutachtens seien die Wechselwirkungen zwischen den Fachgebieten nicht berücksichtigt worden, ist unbegründet. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung dürfen die sich aus verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit nicht einfach addiert werden; vielmehr sind sie in ein Gesamtergebnis zu bringen, das heisst die Arbeitsfähigkeit ist gesamtheitlich zu beurteilen. Häufig besteht kein Anlass, unter verschiedenen medizinischen Titeln ausgewiesene Teilarbeitsunfähigkeiten zu kumulieren, da der Umfang der grössten Teileinschränkung auch die weiteren Entlastungserfordernisse abdeckt. Selbst wenn sich beispielsweise neben einer aus psychiatrischer Sicht eingeschränkten Arbeitsfähigkeit zusätzlich noch eine somatisch begründbare "quantitative" Arbeitsunfähigkeit isoliert darstellen lässt, kann daraus nicht ohne weiteres auf eine Erhöhung der insgesamt aus sämtlichen Beschwerden resultierenden Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden (BGer 9C_517/2023 vom 13.06.2024 E. 5.2, 9C_519/2022 vom 26.01.2023 E. 3.3, 9C_461/2019 vom 22.11.2019 E. 4.1; Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 28a N 259). Dies hat vorliegend umso mehr zu gelten, da die der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer und rheumatologischer Sicht attestierten Arbeitsunfähigkeiten nicht mit verschiedenen, sondern mit derselben gesundheitlichen Beeinträchtigung (multiokuläre, dauerhafte und subjektiv belastende Schmerzen) begründet wurden. Somit ist die gutachterliche Einschätzung – wonach sich die aus psychiatrischer und rheumatologischer Sicht attestierten Arbeitsunfähigkeiten, weil sie auf derselben Begründung beruhen, nicht summierend auswirken – nicht zu beanstanden, zumal die Frage, ob (und in welchem Masse) sich die einzelnen Einschränkungsgrade summieren, eine spezifisch medizinische Problematik betrifft, von welcher das Gericht grundsätzlich nicht abrückt (BGer 9C_517/2023 a.a.O.).

8.2 Die Beschwerdeführerin macht überdies geltend, der RAD-Arzt verfüge "nicht über die notwendige Fachkompetenz", um diese Wechselwirkungen adäquat zu beurteilen. Dabei verkennt sie, dass der RAD in ihrem Fall weder einen internen Bericht noch einen Untersuchungsbericht (Art. 49 Abs. 1 bzw. 2 IVV) verfasst hat, in denen er den medizinischen Sachverhalt selber gewürdigt hätte und wofür er einer entsprechenden Fachkompetenz bedurft hätte. Vielmehr hat er eine beratende Funktion gegenüber der Verwaltung ausgeübt (Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG; Art. 49 Abs. 3 IVV). Konkret hat er diese bei der Einschätzung unterstützt, ob die nach der Begutachtung verfassten Berichte der behandelnden Ärzte Anlass zu weiteren Abklärungen gaben (siehe E. 4.8 und 4.12 hievor). Bei seinen Stellungnahmen handelte es sich mithin nicht um eine eigenständige medizinische Einschätzung und damit Grundlage für die Beurteilung des Leistungsanspruchs, sondern um eine Hilfestellung an die Verwaltung bei deren Vornahme. Hierfür ist keine spezifische fachärztliche Qualifikation des RAD vorausgesetzt (vgl. BGer 9C_550/2020 vom 30.11.2020 E. 5.3).

8.3 Das Argument, dass das Gutachten "schlicht nicht mehr aktuell" sei, verfängt nicht. Einerseits vermag das Alter des Gutachtens – als formelles Kriterium – keinen Zweifel an dessen Beweiswert zu begründen. Denn eine Art "Verfallsdatum" für ein Gutachten existiert nicht. Massgebend ist vielmehr die materielle Frage, ob sich die Ausgangslage seit der Erstellung des Gutachtens nicht gewandelt hat (BGer 8C_295/2021 vom 09.08.2021 E. 6.3.1). Andererseits lässt sich – wie bereits ausgeführt – den nach dem Gutachten datierenden Berichten weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht eine wesentlich veränderte Befundlage entnehmen (siehe E. 7.1, 7.2 und 7.8 hievor).

9.

Nach dem Gesagten bestehen keine auch nur geringen Zweifel am Beweiswert des Gutachtens der medexperts AG vom 7. April 2022. Demnach kann von einer 100-prozentigen Arbeitsunfähigkeit ab 25. März 2020 sowie von einer 60-prozentigen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ab dem Zeitpunkt der Begutachtung ausgegangen werden (vgl. auch Gutachten S. 11 f.; BG-act. S. 935 f.).

10.

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, der Rentenanspruch entstehe ab 1. September 2020, da sie in angestammter Tätigkeit gemäss IV-Akten seit mindestens 2014 durchgehend arbeitsunfähig sei und das Wartejahr schon lange erfüllt habe (siehe E. 5.2 hievor), kann ihr nicht gefolgt werden.

10.1 Zunächst ist festzuhalten, dass die Arbeitsunfähigkeit nicht nur die Unfähigkeit, im bisherigen Beruf zumutbare Arbeit zu leisten, umfasst, sondern bei langer Dauer auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf berücksichtigt wird (Art. 6 ATSG). Sodann liegt ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29^{ter} IVV).

10.2 Die Beschwerdegegnerin erachtete in ihrer Verfügung vom 8. August 2014 eine längerdauernde und anhaltende Arbeitsunfähigkeit als nicht gegeben und verneinte einen Rentenanspruch (BG-act. 57). Damit übereinstimmend haben die Ärzte des SPD Uri – nachdem sie eine 50-prozentige Arbeitsunfähigkeit ab 30. Dezember 2013 und eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit ab 2. Juni 2014 attestiert hatten (Bericht vom 07.07.2014; BG-act. 51) – am 5. Februar 2016 von einer guten Remission der Symptomatik im Zeitraum von August bis Oktober 2014 berichtet. Die Versicherte habe die von ihr als schwere Kränkung erlebte Kündigung verarbeitet, ihren Abschied in der Firma genommen und angefangen, sich intensiv um eine neue Arbeitsstelle zu bemühen. Bis August 2015 habe wenig Kontakt stattgefunden, da sie von Herbst 2014 an relativ stabil gewesen sei (BG-act. 66).

10.3 Bei einer Neuanmeldung in Fällen, in denen das Leistungsbegehren mangels rentenwirksamen Gesundheitsschadens abgelehnt wurde, muss das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG wie auch die formelle Karenzfrist von sechs Monaten seit Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 IVG absolviert sein. Dies gilt ungeachtet dessen, ob es sich beim (neu) angemeldeten Gesundheitsschaden um einen neuen oder eine Verschlechterung eines bereits bekannten handelt (BGE 142 V 547 E. 3.2; BGer 8C_316/2024 vom 12.03.2025 E. 5.2.2).

10.4 Nach erneuter Anmeldung zum Leistungsbezug vom 27. Juni 2018 kam RAD-Arzt Dr. med. K. ___ in seiner Stellungnahme vom 10. August 2018 zum Schluss, dass mit der Depression und den unspezifischen Schmerzen keine neuen wesentlichen Aspekte angeführt würden. Eine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich auch aufgrund der Sicca-Symptomatik im Sinne von trockenen Augen und Schleimhäuten nicht begründen (BG-act. 83). Mit (unangefochten in Rechtskraft erwachsener) Verfügung vom 12. November 2018 trat die Beschwerdegegnerin mangels Vorliegens einer wesentlichen Veränderung auf das neue Leistungsbegehren nicht ein (BG-act. 92).

10.5 Nach oben Gesagtem ergibt sich aus den IV-Akten keine durchgehende Arbeitsunfähigkeit seit 2014. Bei ab 25. März 2020 ausgewiesener 100-prozentiger Arbeitsunfähigkeit beginnt das Wartejahr im März 2020, was zu einem Anspruch auf eine ganze Rente ab 1. März 2021 führt.

11.

Gestützt auf die im beweiskräftigen Gutachten attestierte (spätestens im Zeitpunkt der Begutachtung eingetretene) Verbesserung hat die Beschwerdegegnerin per 1. Juli 2022 die ganze auf eine 40-prozentige Rente (Invaliditätsgrad 46%) herabgesetzt.

11.1 Die Rente wird von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede (wesentliche) Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den

Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 144 I 103 E. 2.1; 130 V 343 E. 3.5; BGer 9C_297/2016 vom 07.04.2017 E. 2.1; Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 30 N. 12).

11.2 Bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente sind Rechtsprechungsgemäss die Revisionsbestimmungen (Art. 17 ATSG) analog anwendbar (BGE 133 V 263 E. 6.1), weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Die hierbei massgebenden Vergleichszeitpunkte sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung (BGer 8C_51/2024 vom 02.07.2024 E. 2.4, 8C_285/2020 vom 15.09.2020 E. 5.1 und 9C_687/2018 vom 16.05.2019 E. 2).

11.3 Nach oben Gesagtem ist spätestens im Zeitpunkt der Begutachtung (02. und 07.03.2022) eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten (E. 9). Damit ist ein Revisionsgrund gegeben und eine allfällige Herabsetzung der Rente kann per 1. Juli 2022 erfolgen (Art. 88a Abs. 1 IVV).

12.

Im Weiteren ist zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin ihre spätestens im Zeitpunkt der Begutachtung wiedererlangte Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch verwerten kann.

12.1 Das fortgeschrittene Alter stellt einen invaliditätsfremden Faktor dar. Dennoch kann es rechtspprechungsgemäss zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Massgebend können dabei die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE 145 V 2 E. 5.3.1, 138 V 457 E. 3.1 f.).

12.1.1 Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist erst anzunehmen, wenn die zumutbare Tätigkeit in nur so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt (vergleiche Art. 7 Abs. 1 und Art. 16 ATSG) praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vorneherein als ausgeschlossen erscheint (SVR 2021IV Nr. 26 S. 80, 8C_416/2020 vom 02.12.2020 E. 4). Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (BGE 138 V 457 E. 3.1; SVR 2019 IV Nr. 7 S. 21, 8C_892/2017 vom 23.08.2018 E. 3.2).

12.1.2 Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-) Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit abzustellen (BGE 138 V 457 E. 3.3; BGer 8C_720/2020 vom 08.01.2021 E. 7.2; vergleiche dazu: Marco Weiss, Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit aufgrund vorgerückten Alters – Rechtsprechungstendenzen, SZS 2018 S. 630).

12.1.3 Dieser Zeitpunkt fällt im vorliegenden Fall auf das Datum des Gutachtens der medexperts AG vom 7. April 2022, als die (am 24.10.1968 geborene) Beschwerdeführerin 53 Jahre und gut fünf Monate alt war. Spätestens seither steht die der Versicherten noch zumutbare Restarbeitsfähigkeit fest und hat sich nach oben Gesagten nicht mehr verändert. Ihre verbleibende Aktivitätsdauer bis zum Eintritt ins AHV-Alter betrug in diesem Zeitpunkt noch mehr als 11½ Jahre. Somit kann die Verwertbarkeit nicht alleine aufgrund des Alters verneint werden.

12.2 Die Ermittlung des Invaliditätsgrades ist in Art. 16 ATSG und damit in den Grundzügen gesetzlich geregelt. Gestützt auf diese Bestimmung (i.V.m. Art. 7 Abs. 1 ATSG) bildet Referenzpunkt bei der Invaliditätsbemessung im erwerblichen Bereich der hypothetisch als ausgeglichen unterstellte Arbeitsmarkt, dies im Gegensatz zum effektiven. Mit dem Konzept des ausgeglichenen Arbeitsmarktes geht der Gesetzgeber somit grundsätzlich davon aus, dass auch gesundheitlich eingeschränkten Personen ein ihren (verbleibenden) Fähigkeiten entsprechender Arbeitsplatz offen steht. Selbst wenn sich der Fächer an Stellen- und Arbeitsangeboten im Laufe der letzten Jahrzehnte namentlich infolge der Deindustrialisierung und des Strukturwandels verändert hat, darf vom gesetzlich vorgegebenen Konzept des ausgeglichenen Arbeitsmarktes nicht abgewichen werden, indem stattdessen konkret existierende Erwerbsmöglichkeiten oder konkrete Arbeitsmarktverhältnisse beigezogen werden (BGE 148 V 174 E. 9.1; BGer 8C_300/2022 vom 02.03.2023 E. 4.2). Beim ausgeglichenen Arbeitsmarkt handelt es sich um eine theoretische Grösse, so dass eine Unverwertbarkeit der verbliebenen Leistungsfähigkeit nicht leichthin angenommen werden kann (BGer 9C_426/2020 vom 29.04.2021 E. 5.2, 8C_442/2019 vom 20.07.2019 E. 4.2 und 9C_485/2014 vom 28.11.2014 E. 3.3.1). An der Massgeblichkeit dieses ausgeglichenen Arbeitsmarktes vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass es für die versicherte Person im Einzelfall schwierig oder gar unmöglich ist, auf dem tatsächlichen Arbeitsmarkt eine entsprechende Stelle zu finden (BGer 9C_141/2021 vom 08.07.2021 E. 5.1).

12.2.1 Nach Einschätzung der Gutachter ist die Beschwerdeführerin in der Lage, in einem Arbeitspensum von täglich 5.1 Stunden körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten auszuführen. Hierbei sind kraftanfordernde und über der Horizontalen auszuführende Arbeiten mit der rechten oberen Extremität, in zu feuchtem Milieu oder mit zu starken Hautirritationen sowie mit Staubemissionen und atemwegsirritierenden Substanzen zu vermeiden. Um eine schnelle Erschöpfung zu verhindern, wird

eine ruhige, strukturierte Arbeit bei abwechslungsreichen Abläufen mit regelmässigen Pausen empfohlen.

12.2.2 Angesichts dieses Zumutbarkeitsprofils, des vergleichsweise weiten Spektrums an Produktions- und Hilfsarbeiten in den verschiedensten Berufszweigen, deren Vorhandensein die Beschwerdeführerin selber nicht ausschliesst und auch der in zeitlicher Hinsicht erheblichen Restarbeitsfähigkeit ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt genügend realistische Betätigungsmöglichkeiten – auch ohne lange Einarbeitungszeit (BGer 8C_222/2024 vom 23.01.2025 E. 5.3) – offenstehen.

12.2.3 Die von ihr geltend gemachten Faktoren im Sinne eines Mangels an Ausbildung und Sprachkenntnissen wirken sich nicht negativ auf die ihr zumutbaren Tätigkeiten im Kompetenzniveau 1 aus (vgl. BGer 8C_48/2021 vom 20.05.2021 E. 4.3.4). Jedenfalls ist nicht einzusehen, weshalb sie nicht in der Lage sein sollte, angepasste körperliche Tätigkeiten auszuüben, die keine besonderen sprachlichen Kenntnisse erfordern, zumal sie seit 1988 in der Schweiz lebt, während vieler Jahre in der Schweiz erwerbstätig war und seit 2001 das Schweizer Bürgerrecht hat.

12.3 Nach dem Gesagten ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwerten kann.

13.

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (oder der Anspruchsänderung) nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt vor Eintritt der Gesundheitsschädigung im angestammten Bereich erzielten Lohn angeknüpft. Dies gilt allerdings nur für Fälle, bei welchen angenommen werden kann, die versicherte Person wäre ohne Gesundheitsschaden nach wie vor an der zuletzt innegehabten Stelle tätig. Erfolgte ein Stellenverlust aus invaliditätsfremden Gründen, ist der Validenlohn anhand von Durchschnittswerten zu bestimmen. Dabei sind die für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren mitzuberücksichtigen (BGE 144 I 103 E. 5.3, 134 V 322 E. 4.1; BGer 8C_357/2021 vom 03.08.2021 E. 3.2, 8C_314/2019 vom 10.09.2019 E. 6.1). Mit Blick auf Letztere ist es bei besonderen Verhältnissen zulässig, trotz Stellenverlusts aus invaliditätsfremden Gründen das hypothetische Valideneinkommen des Versicherten nicht gestützt auf einen Tabellenlohn, sondern anhand des Durchschnitts des während einer längeren Dauer effektiv erzielten Verdienstes unter Zuhilfenahme der Angaben im Individuellen Konto (IK) zu schätzen (SVR 2021 UV Nr. 26 S. 123, 8C_581/2020 vom 03.02.2021 E. 6.4).

13.1 Die Beschwerdeführerin macht geltend, sie habe in den Jahren 2009 bis 2012 ein durchschnittliches Einkommen von CHF 73'546.00 erzielt, was aufgerechnet auf das Jahr ein massgebliches Valideneinkommen von mindestens CHF 79'656.65 ergebe. Gemäss Bundesgericht sei entscheidend, ob

die versicherte Person ohne Gesundheitsschaden eine gleichwertige Stelle hätte finden können – nicht zwingend, ob die konkrete letzte Stelle tatsächlich fortbestanden hätte. Insofern könne auch bei betriebsbedingter Kündigung auf das vorherige Einkommen abgestellt werden. Dass sie im Jahr 2014 keine gut bezahlte Arbeitsstelle mehr gefunden habe, liege an ihren gesundheitlichen Einschränkungen und der seither eingetretenen Verschlechterung. Immerhin habe die Beschwerdegegnerin seinerzeit bestätigt, dass ihr die angestammte Tätigkeit nicht länger zugemutet werden könne.

13.2 Demgegenüber bringt die Beschwerdegegnerin vor, es entspreche langjähriger Rechtsprechung, dass das Valideneinkommen auf Grundlage der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung berechnet werden könne, wenn – wie im vorliegenden Fall – davon ausgegangen werden könne, dass die versicherte Person unabhängig vom Eintritt der Invalidität die bisherige Tätigkeit nicht mehr ausgeübt hätte (BGE 139 V 28 E. 3.3.4). Es müsse nicht auf das vorherige Einkommen abgestellt werden.

13.3 Die Beschwerdeführerin spezifiziert ihre Aussage, dass die Beschwerdegegnerin die Unzumutbarkeit der angestammten Tätigkeit seinerzeit bestätigt habe, nicht weiter. Sie gibt weder einen Arztbericht an, aus dem sich dies ergeben soll, noch ist ein solcher aus den Akten ersichtlich. Aus diesen ergibt sich vielmehr, dass sie die Stelle bei der RVM aus invaliditätsfremden Gründen verloren hat und die dort ausgeübte Tätigkeit "weiterhin uneingeschränkt" hätte ausüben können, "wenn das Arbeitsverhältnis [...] nicht aufgelöst worden wäre" (vgl. BG-act. 41, 54 und 58). Da im Übrigen Anhaltspunkte, welche erwarten lassen würden, dass sie eine vergleichbare Anstellung gefunden hätte, weder ersichtlich sind noch dargelegt werden, ist der Validenlohn anhand von Durchschnittswerten zu bestimmen.

14.

Für die Festlegung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflicherwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Kann kein effektiv erzielt Einkommen herangezogen werden, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, kann auf die Tabellenlöhne der LSE abgestellt werden (Art. 26^{bis} Abs. 2 i.V.m. Art. 25 Abs. 3 IVV; BGE 143 V 295 E. 2.2, 135 V 297 E. 5.2). Praxisgemäss ist beim anhand der LSE vorgenommenen Einkommensvergleich von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) auszugehen (BGE 124 V 321 E. 3b/aa), wobei üblicherweise auf den sogenannten Zentralwert (Median) der Tabelle TA1_tirage_skill_level, Privater Sektor, abgestellt wird (Art. 25 Abs. 3 IVV; BGE 148 V 174 E. 6.2).

14.1 In der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen bei 60-prozentiger Arbeitsfähigkeit anhand der LSE-Tabelle, Total Frauen, Kompetenzniveau 1, ermittelt. Gestützt auf Art. 26^{bis} IVV (in der von 01.01.2022 bis 31.12.2023 geltenden Fassung) hat sie in den Jahren 2022 und 2023 keinen Leidensabzug gewährt, was zu einem Invaliditätsgrad von 40 Prozent führte. Ab 1. Januar 2024 gewährte sie gestützt auf Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV (in der ab 01.01.2024 geltenden Fassung)

einen Leidensabzug von 10 Prozent, wodurch neu ein Invaliditätsgrad von 48 Prozent resultierte. Die Beschwerdeführerin fordert dagegen beschwerdeweise sowohl im Jahr 2022 als auch ab dem 1. Januar 2024 die Anrechnung eines Leidensabzuges von 25 Prozent. Ausgehend von der LSE 2022 resultiere demnach ein Invalideneinkommen von CHF 24'584.03 (siehe auch E. 5.2 hievor). Mit Beschwerdeantwort räumte die Beschwerdegegnerin ein, dass der 10-prozentige Abzug nicht erst ab 2024, sondern schon ab 2022 zu gewähren sei (siehe auch E. 5.3 hievor).

14.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Lohndaten wie namentlich der LSE ermittelt, ist der so erhobene Ausgangswert gemäss bisheriger Rechtsprechung 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 142 V 178 E. 1.3; BGE 124 V 321 E. 3b/aa) und die versicherte Person je nach Ausprägung deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 135 V 297 E. 5.2; BGE 126 V 75 E. 5b/aa i.f.). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 Prozent nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; BGE 134 V 322 E. 5.2; BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc). Die bisherige Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug vom Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen dürfen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen (BGE 148 V 174 E. 6.3; BGer 9C_395/2022 vom 04.11.2022 E. 4.5.3).

14.3 Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV (in der von 01.01.2022 bis 31.12.2023 geltenden Fassung) sah für Versicherte mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit von 50 Prozent oder weniger einen 10-prozentigen Abzug vor. Das Bundesgericht erkannte diese Bestimmung als gesetzeswidrig, soweit nur noch ein "Teilzeitabzug" vorgesehen war (der ab einer Leistungsfähigkeit von 50% und weniger zu gewähren sei und auf 10% begrenzt bleibe) und damit die bisherige Möglichkeit des Abzugs vom Tabellenlohn in weiten Teilen aufgegeben werden sollte. Falls Bedarf an weitergehender Korrektur bestehe, sei, was die zu berücksichtigenden Faktoren und deren Gewichtung angehe, ergänzend auf die bisherigen Rechtsprechungsgrundsätze zurückzugreifen, dies mangels verfügbarer Alternative in Form berichtigter Tabellenlöhne (BGE 150 V 410 E. 10.6). Per 1. Januar 2024 trat die neue Bestimmung von Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV in Kraft, wonach vom statistisch bestimmten Wert standardmässig 10 Prozent abgezogen werden.

15.

Das medizinische Anforderungs- und Belastungsprofil stellt praxisgemäss eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum hinzutretende qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit dar, wodurch in erster Linie das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt wird, welche unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Ausbildung und Berufserfahrung der versicherten Person realistischerweise noch in Frage kommen. Davon zu unterscheiden ist die Frage, ob mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen. Lediglich wenn auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt unter Berücksichtigung solcher Einschränkungen, die personen- oder arbeitsplatzbezogen sein können, kein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten mehr besteht, rechtfertigt sich allenfalls ein (zusätzlicher) Abzug vom Tabellenlohn (BGer 8C_48/2021 vom 20.05.2021 E. 4.3.3). An dieser Voraussetzung ist mit Blick auf die Erwägungen des Urteils 8C_823/2023 vom 8. Juli 2024 auch weiterhin festzuhalten (BGer 8C_359/2024 vom 20.12.2024 E. 4.3.1, 8C_91/2024 vom 11.11.2024 E. 5.3, 8C_243/2023 vom 05.09.2024 E. 7.6).

15.1 Die Beschwerdeführerin macht geltend, sie sei selbst in leichten Tätigkeiten in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Diesbezüglich lässt sich dem beweiskräftigen Gutachten unter anderem entnehmen, dass die Verminderung der Arbeitsfähigkeit mit dem erhöhten Pausenbedarf von geschätzt zwei Stunden aufgrund der chronischen und subjektiv belastenden Beschwerden im Rahmen des Schmerzsyndroms begründet werde (Gutachten S. 7; BG-act. S. 931). Demnach sind der erhöhte Pausenbedarf und die Limitierungen aus psychiatrischer Sicht bei der gutachterlich attestierten Restarbeitsfähigkeit von 60 Prozent bereits abgezogen worden und können nicht zusätzlich zu einem Abzug beim Tabellenlohn führen.

15.2 Ein Abzug aufgrund des Lebensalters, des Beschäftigungsgrads und der Nationalität wird zu Recht nicht geltend gemacht. Sodann kommt dem Kriterium der Dienstjahre vorliegend kein entscheidendes Gewicht zu, da die Bedeutung der Dienstjahre im privaten Sektor abnimmt, je niedriger das Anforderungsprofil ist (BGE 126 V 75 E. 5a/cc; BGer 9C_339/2021 vom 27.07.2022 E. 4.5.4.3).

15.3 Für die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt gewährte die Beschwerdegegnerin in der vorliegend angefochtenen Verfügung einen Abzug von 10 Prozent. Dieser ist jedoch gestützt auf BGE 150 410 (trotz Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV in der von 01.01.2022 bis 31.12.2023 geltenden Fassung) auch in den Jahren 2022 und 2023 zu gewähren, was die Beschwerdegegnerin mit Stellungnahme vom 2. Oktober 2025 denn auch anerkennt.

15.4 Mit der Verordnungsänderung per 1. Januar 2024 ändert sich der Leidensabzug nicht. Ein höherer als der in Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV (Fassung ab 01.01.2024) standardmässig vorgesehene Abzug von 10 Prozent ist nach oben Gesagtem nicht gerechtfertigt.

15.5 Zusammengefasst ist bei der Ermittlung des Invalidenlohns vom LSE-Tabellenlohn sowohl im Zeitpunkt der ersten (2022) als auch der zweiten Rentenrevision (2024) ein 10-prozentiger Abzug zu gewähren. Soweit in der angefochtenen Verfügung von 1. Januar 2022 bis 31. Dezember 2023 kein Abzug gewährt wurde, wäre grundsätzlich die Beschwerde teilweise gutzuheissen. Von einer teilweisen Aufhebung der angefochtenen Verfügung ist jedoch zu Gunsten der Beschwerdeführerin abzusehen (siehe nachstehende E. 17.3).

16.

Weil von weiteren Beweisvorkehren keine neuen entscheidungswesentlichen Aufschlüsse zu erwarten sind, kann auf solche – und insbesondere auch auf die beantragte polydisziplinäre Begutachtung – verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5).

17.

Im Zuge der Weiterentwicklung der IV (Änderung vom 19.06.2020 [WEIV]) erfolgte unter anderem der Wechsel vom abgestuften zum stufenlosen Rentensystem. Der in diesem Zusammenhang neu eingefügte Art. 28b IVG besagt, dass die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente (Abs. 1) folgendermassen festzulegen ist. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 bis 69 Prozent entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 Prozent besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gelten die im Gesetz festgelegten prozentualen Anteile (Abs. 4).

17.1 Die Beschwerdegegnerin hat per März 2022 einen Invaliditätsgrad von 40 Prozent ermittelt ($= [54'631 - 32'779] / 54'631 * 100$), was gemäss Art. 28b Abs. 4 IVG eine Reduktion der ganzen Rente auf eine Rente von 25 Prozent zur Folge hatte. Unter Anrechnung eines Abzuges von 10 Prozent resultiert bei diesen Vergleichseinkommen ein Invaliditätsgrad von 46 Prozent ($= [54'631.00 - 29'501.00] / 54'631 * 100$), was Anspruch auf eine 40-Prozent-Rente begründet.

17.2 Per 1. Januar 2024 errechnete die Beschwerdegegnerin einen Invaliditätsgrad von 48 Prozent ($= [58'271.00 - 30'337.00] / 58'271 * 100$). Da sich der Invaliditätsgrad zwischen März 2022 und Januar 2024 bei durchgehender Gewährung eines 10-prozentigen Leidensabzugs lediglich um 2 Prozent ändert (von 46% auf 48%), eine Erhöhung der Rente jedoch erst ab einer Änderung des Invaliditätsgrades um mindestens 5 Prozent erfolgt (Art. 17 Abs. 1 lit. a ATSG), wäre die Rente per 1. Januar 2024 auf 40 Prozent zu belassen.

17.3 Dies hat zur Folge, dass die Beschwerdeführerin – wie die Beschwerdegegnerin zutreffend anmerkt – (nach einer gewissen Zeit) leicht besser fährt, wenn die angefochtene Verfügung (25%-Rente ab 01.01.2022 und 45%-Rente ab 01.01.2024) belassen wird, wie sie ist und die Beschwerdeführerin eine 25-Prozent-Rente ab 1. Januar 2022 sowie eine 45-Prozent-Rente ab 1. Januar 2024 erhält.

18.

Nach dem Gesagten ist die Verwaltungsgerichtsbeschwerde abzuweisen.

19.

19.1 Die Verfahrenskosten für die vorliegende (über eine Angelegenheit mittlere Komplexität in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht hinausgehende) Verwaltungsgerichtsbeschwerde sind auf CHF 1'000.00 festzusetzen (inklusive Schreibgebühren und Barauslagenpauschale; Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG, Art. 32 Abs. 2 VRPV, Art. 25 Abs. 1 und 2 Reglement über die Gebühren und Entschädigungen vor Gerichtsbehörden [Gerichtsgebührenreglement, GGebR, RB 2.3232]). Sie wären grundsätzlich der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen (Art. 61 ATSG i.V.m. Art. 34 Abs. 1 lit. b VRPV). Da diese jedoch aufgrund der ungerechtfertigten Verweigerung eines Tabellenlohnabzugs in den Jahren 2022 und 2023 berechtigten Anlass zur Beschwerdeerhebung hatte, und in diesem Punkt im Grundsatz obsiegt, rechtfertigt es sich vorliegend, die Gerichtsgebühr zu $\frac{2}{3}$ der Beschwerdeführerin und zu $\frac{1}{3}$ der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

19.2 Ebenfalls infolge des grundsätzlichen teilweisen Obsiegens bezüglich der Frage des Tabellenlohnabzugs in den Jahren 2022 und 2023 ist der Beschwerdeführerin für das Verfahren vor Obergericht eine reduzierte (BGer 8C_449/2016 vom 02.11.2016 E. 3.1.1 in analogiam) Parteientschädigung (inklusive Mehrwertsteuer) von CHF 1'000.00 (= $\frac{1}{3}$ von CHF 3'000.00; Art. 61 lit. g ATSG, vergleiche Art. 38 VRPV i.V.m. Art. 27 Abs. 2 lit. c, Art. 18 Abs. 1 und 2 und Art. 19 Abs. 1 Verordnung über die Gebühren und Entschädigungen vor Gerichtsbehörden [Gerichtsgebührenverordnung, GGebV, RB 2.3231] sowie Art. 32 Abs. 1 GGebR) zulasten der Beschwerdegegnerin (Art. 37 Abs. 3 VRPV) zuzusprechen.

Das Obergericht erkennt:

1. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 werden zu $\frac{2}{3}$ der Beschwerdeführerin und zu $\frac{1}{3}$ der Beschwerdegegnerin auferlegt.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine reduzierte Parteientschädigung von CHF 1'000.00 zu entrichten.
4. Eröffnung:
 - Beschwerdeführerin
 - Beschwerdegegnerin
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Altdorf, 27. Februar 2026

OBERGERICHT DES KANTONS URI

Verwaltungsrechtliche Abteilung

Die Präsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Rechtsmittelbelehrung

Gegen diesen Entscheid kann Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Beschwerde ist innert **30 Tagen** nach der Eröffnung der vollständigen Ausfertigung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in der in Art. 42 Bundesgesetz über das Bundesgericht (Bundesgerichtsgesetz [BGG, SR 173.110]) vorgeschriebenen Weise schriftlich einzureichen. Die Beschwerdelegitimation und die zulässigen Beschwerdegründe richten sich nach den massgeblichen Bestimmungen des BGG.

Versand: