

# FR\_GERICHTE 605 2024 118 vom 17. Juli 2025

FR Kantonsgericht, 2025-07-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2024\\_118](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2024_118)

FR: FR\_GERICHTE 605 2024 118 du 17 juillet 2025

IT: FR\_GERICHTE 605 2024 118 del 17 luglio 2025

## Regeste

Urteil des I. Sozialversicherungsgerichtshofes des Kantonsgerichts | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 1

Eintretensvoraussetzungen Die Beschwerde vom 5. Juli 2024 gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 3. Juni 2024 ist durch einen ordentlich bevollmächtigten Rechtsvertreter fristgerecht bei der sachlich und örtlich zuständigen Beschwerdeinstanz eingereicht worden. Die Beschwerdeführerin hat ein schutzwürdiges Interesse, dass das Kantonsgericht, I. Sozialversicherungsgerichtshof, prüft, ob sie Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

### E. 2

Anwendbares Recht Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) in Kraft (Weiterentwicklung der IV [WEIV]; Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705, BBl 2017 2535). Unter dem Vorbehalt besonderer übergangsrechtlicher Regelungen gilt in intertemporalrechtlicher Hinsicht für die Beurteilung der Frage, welches Recht bei einer Änderung der Rechtsgrundlagen Anwendung findet, der Grundsatz, dass diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 mit Hinweisen). Zwar erging die hier angefochtene Verfügung nach dem 1. Januar 2022. Jedoch steht ein Anspruch auf eine Invalidenrente zur Diskussion, der bei Gutheissung der Beschwerde vor dem 1. Januar 2022 entstanden wäre. Demnach beurteilt sich die vorliegende Streitigkeit nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage (in diesem Sinne Urteil BGer 8C\_744/2022 vom 12. Mai 2023 E. 2.2).

### E. 3

Erwerbsunfähigkeit – Invaliditätsgrad – Revision – Beweismittel

#### E. 3.1

Im Sinne von Art. 8 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1), das hier aufgrund von Art. 1 Abs. 1 IVG zur Anwendung kommt, ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 4 Abs. 1 IVG kann Invalidität die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Gemäss Art. 7 ATSG ist Erwerbsunfähigkeit der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung ver-

Kantonsgericht KG Seite 4 von 14 bleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Abs. 1). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Abs. 2). Versicherte haben gemäss Art. 28 IVG Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50%, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40% invalid sind.

### **E. 3.2**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität i. S. v. Art. 4 Abs. 1 IVG i. V. m. Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Förderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; BGE 141 V 281 E. 3.7.1 mit Hinweisen). Die Anerkennung des Vorliegens einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit setzt eine fachärztliche auf der Grundlage der Kriterien eines anerkannten Klassifikationssystems gestellten Diagnose voraus (BGE 141 V 281 E. 2.1 und 2.1.1 mit Hinweisen). Grundsätzlich müssen alle psychischen Störungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 unterzogen werden (BGE 143 V 418). So muss der behindernde Charakter psychischer Gesundheitsstörungen im Rahmen einer Gesamtuntersuchung unter Berücksichtigung verschiedener Indikatoren, einschliesslich der funktionellen Einschränkungen und Ressourcen des Versicherten sowie des Kriteriums der Resistenz der psychischen Störung gegenüber einer ordnungsgemäss durchgeführten Behandlung, festgestellt werden (BGE 143 V 409 E. 4.4).

### **E. 3.3**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird gemäss Art. 17 ATSG die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Der zeitliche Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung (BGE 133 V 108; 130 V 71 E. 3.2.3). Falls die IV nach einer erstmaligen Rentenablehnung auf eine Neuanmeldung eintritt, so ist analog zu einer Rentenrevision zu prüfen, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten materiellen Abweisung eines Gesuchs in einer anspruchrelevanten Weise verändert haben (BGE 130 V 71 E. 3.1, Urteil BGer 8C\_68/2023 vom 10. August 2023 E. 3). Eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, oder eine Zunahme der Hilflosigkeit oder Erhöhung des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs ist gemäss Art. 88a Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die

Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat. Art. 29bis IVV ist sinngemäss anwendbar.

Kantonsgericht KG Seite 5 von 14

### **E. 3.4**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, sind die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (Urteil BGer 8C\_347/2015 vom 20. August 2015 E. 4.1 mit Hinweis auf BGE 140 V 193 E. 3.1 f. und BGE 132 V 93 E. 4). Der Grad der Arbeitsfähigkeit wird nach dem Mass bestimmt, in welchem der Versicherte aus gesundheitlichen Gründen an seinem angestammten Arbeitsplatz zumutbarerweise nicht mehr nutzbringend tätig sein kann. Nicht massgebend ist die bloss medizinisch-theoretische Schätzung der Arbeitsunfähigkeit (BGE 114 V 281 E. 1c mit Hinweisen). Bei lang-dauernder Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf hat der Versicherte andere ihm offen stehende Erwerbsmöglichkeiten auszuschöpfen (BGE 115 V 404 E. 2; 114 V 281 E. 1d).

### **E. 3.5**

Der Sozialversicherungsrichter prüft objektiv alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen und entscheidet danach, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend ist und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3cc mit Hinweisen). Dies gilt auch für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Urteil BGer 8C\_913/2013 vom 11. April 2014 E. 4.4.3 mit Hinweisen).

## **E. 4**

Arbeitsfähigkeit Es ist streitig, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

### **E. 4.1**

Mit rechtskräftiger Verfügung vom 20. Januar 2017 (IV-Akten, S. 166 ff.) sprach ihr die IV-Stelle vom 1. August 2015 bis 31. Dezember 2016 eine halbe Rente (IV-Grad 50%) zu,

gestützt auf das Gutachten F. \_\_\_\_\_ vom 28. September 2016 (IV-Akten S. 116 ff.). Dieser beschrieb rezidivierende depressive Episoden, derzeit leichten bis mittleren Grades (F33.1). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien Panikattacken (F40) sowie der Verdacht auf dissoziative Bewusstseinsstörungen (F44.8). Die Versicherte sei eingeschränkt schwingungsfähig, habe jedoch innere Reserven, die Beziehungen so zu gestalten, wie sie es möchte und sei nicht der affektiven Gestimmtheit vollumfänglich ausgeliefert. Er verneinte das Vorliegen von invaliditätsfremden Faktoren. Die bisherige Therapie sei lege artis. Es bestehe eine gewisse Diskrepanz zwischen dem gezeigten Verhalten und den Untersuchungsbefunden. Sie zeige einen lebhaften Blick, eine passiv-aggressive Zurückhaltung in der Darstellung ihrer jetzigen Situation, was in einem gewissen Widerspruch zum beklagten Leidensdruck stehe. Eine gewisse aggravatorische Komponente könne

Kantonsgericht KG Seite 6 von 14 nicht ausgeschlossen werden. Er erachtete seit seiner Untersuchung eine 30%ige Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit als begründet. Dass sie gemäss der behandelnden Psychiaterin auf eine Erhöhung des Arbeitspensums mit einer Verschlimmerung der Symptomatik reagiere, könne nicht vollumfänglich übernommen werden. Die Versicherte habe gute soziale und innerpsychische Ressourcen. Es sei ihr zumutbar, die Willensanstrengung für eine höhere Arbeits- und Leistungsfähigkeit trotz der Symptomatik aufzubringen.

#### **E. 4.2**

Am 26. April 2018 nahm die Beschwerdeführerin eine Neuanmeldung vor. Die IV-Stelle verneinte gestützt auf das Gutachten G. \_\_\_\_\_ vom 26. April 2019 (IV-Akten S. 260 ff.) mit Verfügung vom 11. Februar 2020 den Rentenanspruch (IV-Grad 36%), was vom Kantonsgericht sowie vom Bundesgericht bestätigt wurde. Der Gutachter diagnostizierte eine leichte depressive Episode (F32.0) mit niedergeschlagener, ängstlich/phobischer Verstimmung bei übergenauer Grundhaltung. Die Einschätzungen der behandelnden Ärztin Dr. med. I. \_\_\_\_\_, praktische Ärztin, seien als persönliche Meinung zur Kenntnis zu nehmen, könnten jedoch nicht nachvollzogen und bestätigt werden. Ende 2017 sei anlässlich einer erstmaligen stationären Behandlung eine mittelgradige depressive Episode (F33.1) attestiert worden, die wie bei der behandelnden Ärztin ohne Bezug zum Klassifikationssystem beschrieben/diskutiert werde, der Schweregrad bleibe unklar. Der Hinweis der Versicherten, sie höre Stimmen, verbleibe im rein Subjektiven, finde in keinem objektiven Befund eine Entsprechung und sei als isoliert genannte (subjektive) Beschwerde unspezifisch und ohne eigenständigen Krankheitswert. In der Interaktion sei sie passiv aggressiv, verhalte sich unsicher, zurückhaltend, teilweise abweisend, dabei sozial sehr angepasst und kompetent. Im Vordergrund der geklagten subjektiven Beschwerden stehe ein phobisches Syndrom (im Rahmen der depressiven Episode). Bei adäquater Therapie sei die Prognose günstig. Beim Verlauf seien neben einem aggravatorischen Verhalten (weitere) nicht krankheitsbedingte (soziale) Faktoren zu nennen. Dennoch sei eine Leistungseinschränkung von 30% (von 100%) aufgrund einer eingeschränkten Belastbarkeit bei Defiziten in den Bereichen Flexibilität, Umstellungsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit sowie Selbstbehauptungsfähigkeit anzunehmen. Im Vergleich zum Vorgutachten liege keine wesentliche Veränderung vor. Nach Erhalt eines Verlaufsberichts von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 15. August 2019 (IV-Akten S. 307 ff.) bestätigte der Gutachter am 30. August 2019 (IV-Akten S. 315 f.) seine Sichtweise. Im Bericht würden die Selbsteinschätzungen der Versicherten referiert. Diagnosen würden zu keinem

Zeitpunkt weder mit noch ohne Bezug zu einem Klassifikationssystem genannt. Objektive psychopathologische Befunde seien ebenfalls nicht konkret ausgewiesen. Am 25. April 2019 stelle die Versicherte selbst eine Verbesserung fest und im weiteren Verlauf sei die Grundstimmung wechselhaft.

#### **E. 4.3**

Für die hier streitige Verfügung stützte sich die IV-Stelle auf das Verlaufsgutachten G.\_\_\_\_\_ vom 13. Dezember 2022 (IV-Akten S. 545 ff.). Der Gutachter diagnostizierte eine leichte depressive Episode (F32.0) mit chronischer optischszenischer Wahrnehmungsstörung. Die Versicherte gebe an, eine weiss gekleidete grosse Frau sage ihr, sie solle sich umbringen. Weitere Halluzinationen würden verneint. Während der Untersuchung habe sie nach 50 Minuten erklärt, die Frau sage ihr, sie solle sich umbringen. Sie habe mit einem emotionalen Erregungszustand reagiert. Neben dieser Halluzination, die aus ihrer Sicht weit überwiegend im Vordergrund stehe, nenne sie eine niedergeschlagene Stimmung, Kraftlosigkeit, Schlafstörungen und Angst vor "dieser Frau" bzw. vor dem allein sein. Die relevanten objektiven psychopathologischen Befunde würden sich v. a. einem apathischen Syndrom zuordnen lassen (eingeeengt, affektarm, affektstar, antriebsarm) und Kantonsgericht KG Seite 7 von 14 seien leicht ausgeprägt. Gesamthaft ergäben sich unter Beachtung der Arztberichte, der fremdanamnestischen Angaben und des Untersuchungsbefundes erneut Belege für eine Aggravation, was bereits in beiden Vorgutachten dokumentiert werde. Im Vordergrund der geklagten subjektiven Beschwerden stehe aktuell kein phobisches Syndrom mehr, sondern eine Wahrnehmungsstörung. Die seit 2019/2020 beschriebene und seit 08/2020 dokumentierte Sinnestäuschung (i. S. einer chronischen optischszenischen Halluzination) sei zur Kenntnis zu nehmen. Deren eindeutige Zuordnung zu einem psychiatrischen Krankheitsbild gelinge nicht. Sie sei Ausdruck einer ängstlichen Gestimmtheit. Angst werde neben einer Niedergeschlagenheit in diesem Zusammenhang regelmässig beschrieben und entsprechend würden diese Wahrnehmungen v. a. abends bzw. nachts und wenn sie allein sei, auftreten. Eine Schizophrenie sei nicht gegeben. Im Vergleich zum Vorgutachten könne keine wesentliche anhaltende Veränderung festgestellt werden. Die Annahme, sie könne krankheitsbedingt keine verwertbare Leistung erbringen, könne nicht bestätigt werden. Die Neigung zu ängstlich-niedergeschlagenen Reaktionen mit rezidivierenden optischszenischen Halluzinationen führe zwar zu einem weit im Vordergrund stehenden maladaptiven auf Schonung ausgerichteten Verhalten mit Rückzugstendenz und dysfunktionaler Überzeugung, unter anhaltenden unüberwindlichen Einschränkungen familiärer, sozialer und beruflicher Kompetenz zu leiden. Daraus ergäben sich aber keine wesentlichen Minderungen bezüglich des Belastungsprofils und der Arbeitsfähigkeit. Beim Verlauf seien neben einem anhaltend aggravatorischen Verhalten und einem Rentenbegehren weitere nicht krankheitsbedingte (soziale) Faktoren zu nennen. Diese würden in der Beurteilung der Zumutbarkeit einer allfälligen Tätigkeit nicht berücksichtigt, würden jedoch die Motivation und die Möglichkeiten zur Leistungssteigerung und ihre flexible Orientierung am Arbeitsmarkt beeinträchtigen und ständen seit 2016 bzw. 2019 im Vordergrund und würden erneut die erkennbare Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit erklären. Es bestehe weiterhin eine Einschränkung von 30%. Die hierzu im Widerspruch stehenden Beurteilungen würden zwar regelmässig eine erhebliche Differenz zur versicherungspsychiatrischen Einschätzung zeigen, würden sich aber fast vollständig allein auf die Selbsteinschätzung

der Versicherten abstützen. Der Gutachter berücksichtige namentlich die nachfolgenden Unterlagen, die im Rahmen der Neu- anmeldung vorgelegt bzw. von der IV-Stelle eingeholt wurden. Am 14. März 2020 (IV-Akten S. 367 f.) nahm die behandelnde Ärztin ausführlich Stellung zum Gut- achten G.\_\_\_\_\_ von 2019 und erklärte sich mit diesem nicht einverstanden, schätzte aber die Arbeit des Gutachters als professionell ein. Am 25. August 2020 (IV-Akten S. 387 f.) ersuchte sie die J.\_\_\_\_\_, die Patientin stationär zu behandeln, um die seit März 2019 auftretenden psychotischen Symptome zu stabilisieren. Sie gab auch optische Halluzinationen an. Die Patientin habe während der Corona-Krise massiv unter Angstzustände gelitten und im Verlauf psychotische Symptome entwickelt. Sie höre (imperative) Stimmen und habe optische Halluzinationen. Sie sehe regelmässig eine Frau mit weissen Haaren, die ihr befehle, sie solle sich das Leben nehmen. Die Ärzte der K.\_\_\_\_\_, wo die Beschwerdeführerin vom 16. November bis 15. Dezember 2020 hospitalisiert gewesen war, diagnostizierten am 17. Dezember 2020 (IV-Akten S. 420 ff.) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3), psychische und Verhaltensstörungen durch Sedative oder Hypnotika, schädlicher Gebrauch (F13.1). Im Laufe des Aufenthaltes sei es ihr gelungen, sich von den Halluzinationen besser abzugrenzen, der Schlaf habe sich verbessert und die Ängste hätten abgenommen. Betreffend die depressive Symptomatik sei es zu einer leichtgradigen Stabilisierung gekommen. Der Austritt erfol-

Kantonsgericht KG Seite 8 von 14 ge, da die Beschwerdeführerin plane, mit ihrer Familie in ihr Heimatland zu reisen. Bei der Entlas- sung hätten keine Hinweise auf akute Selbst- oder Fremdgefährdung bestanden. Die Ärzte des L.\_\_\_\_\_ stellten am 6. Dezember 2021 (IV-Akten S. 498 ff.), nach stationärem Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 10. bis 26. November 2021, die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3). Sie habe Alpträume und sehe und höre eine schwarz gekleidete Frau, die ihr sage, sie solle ihr Leben beenden. Ihr Zustand habe sich in letzter Zeit verschlechtert, sie habe Suizidgedanken und -pläne. Gemäss der Fremdanamnese (Familie) habe sie nach dem Tod des Sohns einer guten Kollegin angefangen, nachts Stimmen zu hören. Eine Frauenstimme sage ihr, sie solle mitkommen. Die Ärzte des L.\_\_\_\_\_ stellten die Verdachtsdiagnose einer paranoiden Schizophrenie aufgrund der Symptomatik in Frage. Am ehesten liege eine depressive Störung mit psychotischen Dekompensationselementen vor. Unter Anpassung der Medikation und Strukturgebung habe der Tag-Nacht-Rhythmus verbessert werden können, die Ängste hätten deutlich abgenommen und sie berichte nicht mehr von den nächtlichen Episoden. Die behandelnde Ärztin erwähnte am 25. Januar 2022 (IV-Akten S. 504 ff.) einen chronifizierten Ver- lauf und diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3) sowie den Verdacht auf eine paranoide Schizophrenie (F22.2). Seit einem Jahr habe sich der Zustand deutlich verschlechtert mit psychotischen Symptomen, Ver- folgungswahn sowie akustischen und optischen Halluzinationen. Sie kommuniziere mit einer schwarz gekleideten Frau, die ihr sage, sie solle sich umbringen. Wegen der psychotischen Symp- tome sei die Patientin im Frühling und November 2021 eingewiesen worden. Sie pflege keine sozia- len Kontakte und es liege eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vor.

#### **E. 4.4**

Die Beschwerdeführerin bringt vor, dem Verlaufsgutachten G.\_\_\_\_\_ vom 13. Dezember 2022 könne nicht gefolgt werden. Obwohl diverse Spezialisten eine

rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3), diagnostiziert hätten, gehe der Gutachter einzig von einer leichten depressiven Episode mit chronischer optischszenischer Wahrnehmungsstörung (F32.0) aus. Ferner sei seine Vermutung nach einem Rentenbegehren aktenwidrig. Es sei deshalb entsprechend den Berichten der behandelnden Ärzte bis auf weiteres von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Dies sei auch deshalb gerechtfertigt, weil gegenüber dem Zeitpunkt des Gutachtens von Dr. med. F. \_\_\_\_\_, der von einer Arbeitsunfähigkeit von 50% ausgegangen war, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen sei.

#### **E. 4.5**

Zunächst ist die Beschwerdeführerin darauf hinzuweisen, dass bereits Dr. med. F. \_\_\_\_\_ ab dem Zeitpunkt seiner Untersuchung am 23. September 2016 nur von einer um 30% eingeschränkten Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausging. Hinsichtlich der Kritik, dass von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vermutete Rentenbegehren sei aktenwidrig, ist es zwar richtig, dass weder im Gutachten F. \_\_\_\_\_ noch im Gutachten G. \_\_\_\_\_ von 2019 dieser Verdacht geäußert wurde. Jedoch wies schon Dr. med. F. \_\_\_\_\_ 2016 explizit darauf hin, es bestehe eine gewisse Diskrepanz zwischen dem gezeigten Verhalten und den Untersuchungsbefunden und eine gewisse aggravatorische Komponente könne nicht ausgeschlossen werden. Dies bestätigte Dr. med. G. \_\_\_\_\_ in seinem Gutachten von 2019 und hielt fest, gesamthaft gesehen sei es im Verlauf zu einer Aggravation der beschriebenen Beeinträchtigungen gekommen. Ferner war Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie des RAD, am 3. Februar 2021 (IV-Akten S. 429 ff.) der Ansicht, aus RAD-

Kantonsgericht KG Seite 9 von 14 psychiatrischer Sicht sei mittlerweile aufgrund des Verlaufs auch von einem Rentenbegehren auszugehen, weshalb der diesbezüglich geäußerte Verdacht im aktuellen Gutachten weder zu kritisieren noch aktenwidrig ist. Bezüglich der im Verlaufsgutachten festgehaltenen Aggravation wies bereits der Gutachter darauf hin, ein von der Beschwerdeführerin angegebenes Ganzkörper-Zittern könne nicht bestätigt werden, ihre Selbstdarstellung wirke theatralisch und beim Weinen grimassiere sie aussergewöhnlich deutlich. Darüber hinaus erweisen sich diverse Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der aktuellen Begutachtung als widersprüchlich zu den Akten. So waren gemäss ihren Angaben die beiden Klinikaufenthalte nutzlos gewesen. Demgegenüber notierten die Ärzte der K. \_\_\_\_\_, während des Aufenthaltes sei es ihr gelungen, sich von den Halluzinationen besser abzugrenzen, der Schlaf habe sich verbessert und die Ängste hätten abgenommen. Ebenfalls die Ärzte des L. \_\_\_\_\_ erklärten, die Ängste hätten deutlich abgenommen und sie berichte nicht mehr von den Alpträumen mit der schwarzen Frau. Weiter gab sie anlässlich der Begutachtung an, sie nehme 3–4-mal/Woche bis zu 2 mg Temesta (Lorazepam) ein und habe auch während der Begutachtung 1 mg genommen. Der Wert für Lorazepam lag jedoch bei der Laboranalyse unterhalb der Nachweisbarkeitsgrenze, was gemäss dem Gutachter gegen die Einnahme des Medikaments spreche. Ferner erwähnte sie gegenüber den Ärzten des L. \_\_\_\_\_ und ihrer behandelnden Ärztin jeweils eine schwarz gekleidete Frau, sprach beim Gutachter jedoch von einer weiss gekleideten Frau. Der Aufenthalt in der K. \_\_\_\_\_ verlief wohl auch positiv, weil eine Änderung der Medikation im Vergleich zu den Angaben im Bericht der behandelnden Ärztin vom 20. August 2020 vorgenommen wurde und z. B. die Dosis von Zyprexa von 10 mg abends auf 5 mg morgens und 15 mg auf die Nacht erhöht wurde.

Jedoch verschrieb die behandelnde Ärztin nach dem Klinikaufenthalt offenbar wiederum die Medikation gemäss ihrem vorgenannten Bericht, wobei sie Zyprexa auf 2.5 mg reduzierte, wie es zumindest aus den Angaben der Klinik des L.\_\_\_\_\_ zur Medikation beim Eintritt geschlossen werden muss. Dies führt zu gewissen Zweifeln hinsichtlich ihrer Therapie, worauf schon Dr. med. M.\_\_\_\_\_ am 26. Oktober 2020 (IV-Akten S. 395 ff.) hingewiesen hatte, wonach eine leitlinienorientierte psychopharmakologische Behandlung im damaligen Behandlungsverlauf nicht auszumachen gewesen war. Immerhin hat die behandelnde Ärztin im Anschluss an den Aufenthalt beim L.\_\_\_\_\_, der ebenfalls positiv verlief, die Medikation der Klinik übernommen. Es erstaunt deshalb, dass sie im Januar 2022 wiederum von akustischen/optischen Halluzinationen notierte, obwohl diese bei Austritt aus der Klinik des L.\_\_\_\_\_ nicht mehr erwähnt wurden. Es ist daher anzunehmen, dass sie in ihren Berichten weiterhin v. a. die Angaben der Beschwerdeführerin wiedergibt, ohne diese kritisch zu hinterfragen. Zumal gemäss der Laboranalyse der Wert für Olanzapin (Wirkstoff von Zyprexa) leicht unterhalb des Referenzbereiches lag, was gemäss dem Gutachter für eine niedrige Dossierung und/oder unregelmässige Einnahme des Medikaments spreche. Weiter ist es zwar richtig, dass der Gutachter von einer leichten depressiven Episode (F32.0) mit chronischer optischszenischer Wahrnehmungsstörung ausging, währenddem sowohl die behandelnde Ärztin als auch die Ärzte der beiden Kliniken jeweils eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3), notierten. Jedoch findet sich einzig im Gutachten eine nachvollziehbare Herleitung und ausführliche Begründung der Diagnose (vgl. hierzu Dilling/ Freyberger [Hrsg.] Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 8. Aufl. 2016, S. 132 ff.). Weder die behandelnde Ärztin noch die Klinikärzte begründen ihre Diagnose. Der Gutachter bejahte bei den Hauptsymptomen bzw. Eingangskriterien eine depressive Stimmung sowie den Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren. Demgegenüber verneinte er das Hauptsymptom verminderter Antrieb oder gesteigerte Er-

Kantonsgericht KG Seite 10 von 14 müdbarkeit. Er notierte zwar selbst bei der Verhaltensbeobachtung, der Antrieb sei reduziert und beim psychopathologischen Befund, die Beschwerdeführerin sei antriebsarm mit dem Hinweis, dies sei nur leicht ausgeprägt. Diese Wertung gab er auch den übrigen festgehaltenen psychopathologischen Befunden, wobei er einige zusätzliche Punkte im Vergleich zu 2019 angab. Bei der Herleitung der Diagnose erklärte er, das Eingangskriterium "verminderter Antrieb" verbleibe überwiegend im Subjektiven und könne aus versicherungspsychiatrischer Sicht aufgrund der ungenügenden Kooperationsbereitschaft der Versicherten nicht bestätigt werden. Sie lehnte es ab, Selbstbeurteilungsfragen zu beantworten und erwiderte auf Fragen regelmässig "ich weiss nicht". Von den übrigen Kriterien erachtete er Konzentrationsstörungen, psychomotorische Unruhe sowie Schlafstörungen als gegeben an, womit er insgesamt fünf Symptome bestätigte entsprechend einer leichten Episode. Daran ändert nichts, dass die durch den Gutachter durchgeführten testpsychologischen Untersuchung mittels der Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS) aktuell eine mittlere Episode ergab, was 2019 knapp verneint werden musste. So genügt der MADRS-Test nicht, um eine Depression zu begründen, worauf der Gutachter explizit hinweist. Es ist deshalb nachvollziehbar, dass er nicht von einer relevanten Veränderung im Vergleich zu seinem Vorgutachten ausging, auch wenn er nun einen chronischen Verlauf angab. Doch selbst wenn zusätzlich das Eingangskriterium "verminderter Antrieb" bejaht würde, würde gemäss den Diagnosekriterien höchstens eine mittelgradige

Episode vorliegen. Jedoch ist dies insofern nicht von Bedeutung, da aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht letztlich nicht die Schwere einer Erkrankung entscheidend ist, sondern deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (BGE 148 V 49 E. 6.2.2). Weiter ist darauf hinzuweisen, dass gemäss diesem Urteil depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren lassen und bei Vorliegen eines bedeutenden therapeutischen Potentials insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt ist. Die von den behandelnden Ärzten diagnostizierte aber nicht weiter begründete bzw. hergeleitete Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell schwere Episode, mit psychotischen Symptomen (F33.3) lässt sich demgegenüber gemäss den Angaben im Gutachten nicht bestätigen. So müssten gemäss den Diagnoserichtlinien zusätzlich zu den Voraussetzungen einer schweren Episode, die vorliegend wie gesehen nicht gegeben sind, auch Halluzinationen, Wahnideen, psychomotorische Hemmung oder ein Stupor so schwer ausgeprägt sein, dass alltägliche soziale Aktivitäten unmöglich sind und Lebensgefahr durch Suizid und mangelhafte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme bestehen kann, was ebenso nicht belegt ist. Was die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Hamilton-Tests betrifft, aus denen sich eine schwere Depression ergebe, handelt es sich dabei nicht um aktuelle Tests (2018/2019) und diesen Testverfahren (z. B. Hamilton Depressions-skala) kommt im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung höchstens eine ergänzende Funktion zu (Urteil BGer 8C\_804/2021 vom 1. Juni 2022 E. 4.1.3 mit Hinweisen). Der Umstand, dass der Gutachter, die von der Beschwerdeführerin beschriebenen und seit August 2020 dokumentierten Sinnestäuschungen im Sinne einer chronischen optischszenischen Halluzination zur Kenntnis nahm und festhielt, diese könne nicht eindeutig einem psychiatrischen Krankheitsbild zugeordnet werden, führt nicht zu einem reduzierten Beweiswert seines Gutachtens. Vielmehr legt er dar, wieso dies nicht gelingt, und berücksichtigt dies dennoch mit seiner Diagnose einer leichten depressiven Episode mit chronischer optischszenischer Wahrnehmungsstörung. Weiter rügt die Beschwerdeführerin die Dauer der Untersuchung anlässlich der Begutachtung. Die Tonbandaufnahme dauerte 55 Minuten und die gesamte Untersuchung fast zwei Stunden, wobei es zu berücksichtigen ist, dass es sich um eine Verlaufsbeurteilung handelte. Ferner kann gemäss konstanter Rechtsprechung aus einer verhältnismässig kurzen Dauer der psychiatrischen

Kantonsgericht KG Seite 11 von 14 Exploration nicht von vornherein auf eine Sorgfaltswidrigkeit des Gutachters geschlossen werden. Für den Aussagegehalt eines medizinischen Berichts kommt es nicht in erster Linie auf die Dauer der Untersuchung an. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil BGer 8C\_715/2022 vom 8. März 2023 E. 5.3.1 mit Hinweisen), was hier der Fall ist. Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie des RAD, erachtete am 18. Dezember 2023 (IV-Akten S. 623 ff.) das Gutachten als nachvollziehbar und schlüssig. Im Rahmen der Verlaufsbeurteilung habe in überzeugender Weise eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht nachgewiesen werden können. Es bestehe nach wie vor (seit 2019) eine verschiedene Betrachtungsweise desselben Sachverhalts zwischen dem Gutachter und der behandelnden Ärztin. Dieser Ansicht war bereits Dr. med. M. \_\_\_\_\_ in seinem vorerwähnten Bericht vom 26. Oktober 2020 hinsichtlich des Berichts der behandelnden Ärztin vom März 2020, den er ausführlich und korrekt kommentierte. So gibt sie darin in der Tat namentlich ihre persönliche Meinung

wieder, ohne aber das Gutachten konkret zu kritisieren, wie es bereits im Urteil 605 2020 47 festgehalten wurde. Was den Folgebericht der behandelnden Ärztin vom 25. August 2020 betrifft, so hat das Bundesgericht in seinem Urteil festgehalten, dieser genüge nicht, um eine Verschlechterung des Gesundheitszustands glaubhaft zu machen. Weiter äusserte die behandelnde Ärztin am 25. Januar 2022 erneut den Verdacht auf eine paranoide Schizophrenie (F22.2), obwohl die Ärzte des L. \_\_\_\_\_ diese Diagnose nicht berücksichtigten. Ferner handelt es sich bei ihr weiterhin nicht um eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, sondern um eine praktische Ärztin, weshalb ihre Berichte mit einem gewissen Vorbehalt zu betrachten sind, auch wenn sie seit Jahren im Bereich Psychiatrie/Psychotherapie/Psychosomatik tätig ist und aktuell ein Diplom in diesem Bereich anstrebt. Hinsichtlich der beiden Klinikberichte ist deren nicht weiter begründete Diagnose auch deshalb nicht ohne weiteres nachvollziehbar, da sich die Symptomatik während der stationären Behandlung jeweils erheblich besserte und nicht anzunehmen ist, dass die Diagnose beim Austritt weiterhin gegeben war. So waren bei der L. \_\_\_\_\_ die nächtlichen Alpträume nicht mehr vorhanden. Ebenfalls gemäss dem Bericht der K. \_\_\_\_\_ muss von einer diesbezüglichen Besserung ausgegangen werden, da Dr. med. M. \_\_\_\_\_ des RAD am 3. Februar 2021 (IV-Akten S. 429 ff.) darauf hinwies, im Psychostatus würden die Ärzte dieser Klinik ein "zum Suizid aufforderndes Stimmenhören" erwähnen, wobei die Beschwerdeführerin "absprachefähig" gewesen sei, weshalb davon auszugehen sei, dass es sich beim "Stimmenhören" höchstens um Pseudohalluzinationen handeln konnte, bei denen die betroffene Person den Trugcharakter erkenne. Insofern bei Austritt keine Hinweise auf akute Selbstgefährdung vorgelegen hätten, sei davon auszugehen, dass das "zum Suizid auffordernde Stimmenhören" zumindest weitgehend sistiert war. Insgesamt ist die IV-Stelle dem aktuellen und überzeugenden Gutachten G. \_\_\_\_\_ zu Recht gefolgt. Insofern dieser nicht von einer relevanten Verschlechterung seit seinem Vorgutachten ausgeht, ist es auch nachvollziehbar, dass es zu keiner Änderung der Arbeitsunfähigkeit gekommen ist. Zwar gingen die behandelnde Ärztin sowie die K. \_\_\_\_\_ von einer kompletten Arbeitsunfähigkeit aus, begründeten diese aber nicht weiter, was nicht genügt. Die Ärzte des L. \_\_\_\_\_ äusserten sich nicht zu dieser Frage. Ferner genügen die Berichte der behandelnden Ärzte nicht, um Zweifel am Gutachten G. \_\_\_\_\_ aufkommen zu lassen. Dieses erfüllt zudem die Anforderungen der Rechtsprechung. Es ist umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die

Kantonsgericht KG Seite 12 von 14 beklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und die Beurteilung ist einleuchtend und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar.

## **E. 5**

Invaliditätsgrad Ferner kritisiert die Beschwerdeführerin die durch die IV-Stelle vorgenommene Berechnung des Invaliditätsgrades. Der Gutachter gehe von einer Arbeitsfähigkeit von 70% und einer Einschränkung der Leistung von 30% aus, weshalb von einem Invaliditätsgrad von 51% auszugehen sei. Ferner gehe es bei der Berechnung des Invaliditätsgrades darum, ein möglichst realitätsnahes Ergebnis zu erhalten, weshalb hier nicht auf die Tabellen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik abzustellen sei, sondern auf die Lohnrichtlinien des Schweizer Bauernverbandes (SBV). Damit ergebe sich ein jährliches Einkommen (Vollpensum) von CHF 39'840.- (12 x CHF 3'320.-) und unter Berücksichtigung einer eingeschränkten

Leistungsfähigkeit von 30% ein Invalideneinkommen von CHF 27'888.- und somit ein IV-Grad von gerundet 46%, und ab 2024 (Bruttoeinkommen CHF 3'420/Monat) unter Berücksichtigung eines zusätzlichen Abzuges von 10% ein Invaliditätseinkommen von CHF 25'099.20 und ein IV-Grad von gerundet 52%.

### **E. 5.1**

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und all- fälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeits- marktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im mass- gebenden Zeitpunkt auf Grund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens grundsätzlich der letzte vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielte, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst. Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, darf auf statistische Werte wie die LSE zurückgegriffen werden, sofern dabei die für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren mitberücksichtigt werden (Urteil BGer 9C\_385/2022 vom 2. November 2022 E. 4.3.1 mit Hinweisen). Für die Festsetzung des Invalideneinkommens können die Tabellenlöhne der LSE herangezogen werden, wenn die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat (BGE 148 V 174 E. 6.2, Urteil BGer 8C\_53/2023 vom 31. August 2023 E. 2.5.1 mit Hinweisen). Beim anhand der LSE vorgenommenen Einkommensvergleich ist praxisgemäss von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) aus- zugehen, wobei üblicherweise auf die Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level (privater Sektor) abgestellt wird (Urteil BGer 8C\_272/2024 vom 4. März 2025 E. 5.1 mit Hinweisen). Dabei wird in der Regel der Totalwert angewendet (vorerwähntes Urteil BGer 8C\_53/2023 E. 2.5.1 mit Hinweisen). Der so erho- bene Ausgangswert ist allenfalls zu kürzen. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schät- zen und darf 25 % nicht übersteigen (Urteil BGer 8C\_193/2022 vom 16. September 2022 E. 3.2 mit Hinweis auf BGE 148 V 174 E. 6.3 mit Hinweisen).

Kantonsgericht KG Seite 13 von 14

### **E. 5.2**

Zunächst ist die Beschwerdeführerin darauf hinzuweisen, dass der Gutachter nicht von einer Arbeitsfähigkeit von 70% und einer weiteren Einschränkung von 30% ausgeht, sondern festhielt, sie könne ganztags tätig sein, jedoch bestehe eine Leistungseinschränkung von 30%, weshalb die Arbeits- und Leistungsfähigkeit 70% beträgt. Weiter kann bereits deshalb nicht auf die Lohnrichtli- nien des SBV abgestellt werden, da die Beschwerdeführerin 2013 bei ihrem damaligen Arbeitgeber ein Einkommen von CHF 47'286.- (vgl. IV-Akten S. 49) erzielte, wohingegen gemäss den Lohnricht- linien 2021

(vgl. [https://www.agrimpuls.ch/fileadmin/agrimpulsch/Arbeitsrecht/Lohnrichtlinien/Lohnrichtlinie\\_2021\\_D.pdf](https://www.agrimpuls.ch/fileadmin/agrimpulsch/Arbeitsrecht/Lohnrichtlinien/Lohnrichtlinie_2021_D.pdf), besucht am 14. Juli 2025) nur ein Einkommen von mindestens CHF 39'600.- (12 x 3'300) vorgesehen ist. Bei der von der IV-Stelle vorgenommenen Berechnung erstaunt, dass die IV-Stelle für das Valideneinkommen sich auf die Position 10–11 (Herstellung von Nahrungsmitteln) und für das Invalideneinkommen auf den Wert Total der LSE 2020 abstützt, obwohl für beide Einkommen eine Tätigkeit als landwirtschaftliche Mitarbeiterin angegeben wird. Vielmehr müssten sich deshalb beide Einkommen auf den gleichen Tabellenwert abstützen, was auf einen reinen Prozentvergleich hinausläuft, der hier möglich ist, worauf die IV-Stelle in ihren Bemerkungen vom 10. September 2024 hinweist, und wie sie es anlässlich der Zusprache der Rente in ihrer Verfügung vom 20. Januar 2017 (IV-Akten S. 166 ff.) gemacht hatte. Damit ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 30%. Dies gilt ebenso für die Zeit nach 2024 (Abzug von 10% auf den statistischen Lohn beim Invalideneinkommen gemäss Art. 26bis Abs. 3 IVV, da bei einem reinen Prozentvergleich nicht auf konkrete Einkommen abgestützt wird. Wird der Sichtweise der IV-Stelle in ihrer Verfügung gefolgt, erweist sich beim (unbestrittenen) Valideneinkommen die Berechnung grundsätzlich als korrekt. Jedoch ist bei der Anpassung an die Lohnentwicklung nach Geschlechtern zu differenzieren (Urteil BGE 8C\_72/2019 vom 11. Juni 2019 E. 4.1 mit Hinweis auf BGE 129 V 408), weshalb nicht Tabelle T.1.15 und der Wert für die Produktion von -0.5% (2021), sondern Tabelle T.1.2.15 und ein Wert für 2021 von -0.1% zu berücksichtigen ist, was ein Valideneinkommen von CHF 52'297.05 und nicht von CHF 52'087.65 ergibt. Diese Vorgehensweise erweist sich als vorteilhaft für die Beschwerdeführerin. Würde als Basis ihr Verdienst bei ihrem letzten Arbeitgeber im Jahr 2013 von CHF 47'286.- genommen und dieser bis 2021 indexiert, ergäbe sich ein Valideneinkommen von CHF 49'696.70 (Indexierung von 1.3% [2014], 0.8% [2015], 0.6% [2016], 0.5% [2017], 0.2% [2018], 1.6% [2019], 0.1% [2020], -0.1% [2021]). Weiter ist auch beim Invalideneinkommen bei der Indexierung nach Geschlechtern zu differenzieren, weshalb nicht Tabelle T.1.15 und ein Wert für 2021 von -0.2%, sondern Tabelle T.1.2.15 und ein Wert für 2021 von 0.6% zu berücksichtigen ist, was unter Anrechnung einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit von 30% ein Invalideneinkommen von CHF 37'669.60 und nicht CHF 37'370.20 ergibt. Es ist offensichtlich, dass diese geringfügigen Korrekturen nicht zu einer relevanten Änderung in Bezug auf den von der IV-Stelle festgehaltenen Invaliditätsgrad von gerundet 28% führen. Dies gilt ebenso für die Berechnung des Invaliditätsgrades für das Jahr 2024 unter Berücksichtigung des zusätzlichen Abzugs von 10% auf dem Invalideneinkommen gemäss Art. 26bis Abs. 3 IVV. Wiederum müssen beide Einkommen einzeln für die Jahre 2022–2024 differenziert nach Geschlecht indexiert werden, wobei erneut nicht von einer relevanten Änderung im Vergleich zum von der IV-Stelle festgehaltenen Invaliditätsgrad von gerundet 35% auszugehen ist.

Kantonsgericht KG Seite 14 von 14

## **E. 6**

Fazit Zusammenfassend hat sich die IV-Stelle zu Recht auf das Verlaufsgutachten G.\_\_\_\_\_ abgestützt und hat den Anspruch auf eine Invalidenrente abgewiesen. Die Verfügung vom 3. Juni 2024 ist zu bestätigen und die Beschwerde abzuweisen. Die Gerichtskosten zu Lasten der unterliegenden Beschwerdeführerin werden auf CHF 800.- festgesetzt und mit dem von ihr geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet. Die mit ihren Anträgen unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf

Parteientschädigung. Der Hof erkennt: I. Die Beschwerde von A. \_\_\_\_\_ wird abgewiesen. II. Die Gerichtskosten zu Lasten von A. \_\_\_\_\_ werden auf CHF 800.- festgesetzt und mit dem von ihr geleisteten Kostenvorschuss von CHF 800.- verrechnet. III. Es besteht kein Anspruch auf Parteientschädigung. IV. Zustellung. Gegen diesen Entscheid kann innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden. Diese Frist kann weder verlängert noch unterbrochen werden. Die Beschwerdeschrift muss in drei Exemplaren abgefasst und unterschrieben werden. Dabei müssen die Gründe angegeben werden, weshalb die Änderung dieses Urteils verlangt wird. Damit das Bundesgericht die Beschwerde behandeln kann, sind die verfügbaren Beweismittel und der angefochtene Entscheid mit dem dazugehörigen Briefumschlag beizulegen. Das Verfahren vor dem Bundesgericht ist grundsätzlich kostenpflichtig. Freiburg, 17. Juli 2025/bsc Der Präsident Der Gerichtsschreiber-Berichterstatler

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