

GR_GERICHTE SV1 2025 1 vom 12. März 2025

GR Gerichte, 2025-03-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_sv1_2025_1

FR: GR_GERICHTE SV1 2025 1 du 12 mars 2025

IT: GR_GERICHTE SV1 2025 1 del 12 marzo 2025

Regeste

Invalidenrente | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Nach Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG sind Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle anfechtbar. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 12. November 2024 stellt eine solche anfechtbare Verfügung der Invalidenversicherung und folglich ein taugliches Anfechtungsobjekt für ein Verfahren vor dem Obergericht des Kantons Graubünden dar. Die sachliche Zuständigkeit des Obergerichts ergibt sich aus Art. 57 ATSG (SR 830.1) i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a VRG (BR 370.100). Als Adressatin der strittigen Verfügung ist

E. 6

/ 32 die Beschwerdeführerin davon berührt und sie weist ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung auf (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 59 ATSG). Die Beschwerde wurde zudem frist- und formgerecht eingereicht (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 60 Abs. 1 und 2 ATSG, Art. 38 f. sowie Art. 61 lit. b ATSG). Darauf ist somit einzutreten. 2.1. Streitgegenstand bildet die Frage, ob die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht abschlägig beschieden hat. Dieser entstände angesichts der Anmeldung im Januar 2021 wegen der im Herbst 2020 wiederaufgetretenen depressiven Symptomatik (vgl. IV-act. 212) gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab dem 1. Juli 2021 (d.h. sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs), sofern bis dahin das Wartejahr erfüllt war (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) und dannzumal ein Invaliditätsgrad von mindestens 40 % vorgelegen hat (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG). 2.2. Uneins sind sich die Verfahrensbeteiligten insbesondere hinsichtlich des Umfangs der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Unbestritten ist die Anwendung der gemischten Methode der Invaliditätsbemessung bei einer Gewichtung des Erwerbsbereichs mit 80 % und des Aufgabenbereichs mit 20 %. 3. In Bezug auf das anwendbare Recht ist festzuhalten, dass seit dem 1. Januar 2022 die revidierten Bestimmungen des IVG (sowie des ATSG) und der IVV (SR 831.201) in Kraft sind (Weiterentwicklung der IV). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. statt vieler: BGE 149 II 320 E. 3, 148 V 174 E. 4.1, 146 V 364 E. 7.1 und 144 V 210 E. 4.3.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_521/2021 vom 22. März 2022 E. 2.2). Entsprechend ist – je nach Zeitpunkt der Erfüllung des Wartejahrs vor oder nach dem 1. Januar 2022 – entweder nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage oder aber nach neuem Recht zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts

8C_435/2023 vom 27. Mai 2024 E. 4.2; Übergangsbestimmungen des IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020; Kreisschreiben des Bundesamts für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab dem 1. Januar 2022, Rz. 9102 [<http://www.sozialversicherungen.admin.ch>]). Gemäss lit. b Abs. 1 der Übergangsbestimmungen bleibt für Rentenbezüger, deren Rentenanspruch vor dem Inkrafttreten dieser Änderung entstanden ist und die in diesem Zeitpunkt – wie hier – das 55. Altersjahr noch nicht vollendet haben, der bisherige Rentenanspruch solange bestehen, bis sich der Invaliditätsgrad nach

E. 7

/ 32 Art. 17 Abs. 1 ATSG ändert. Diesfalls gelangt das ab dem 1. Januar 2022 geltende revidierte Recht zur Anwendung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_823/2023 vom

E. 8

/ 32 prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Art. 28b Abs. 2 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad unter 50 % gelten die folgenden prozentualen Anteile (Art. 28b Abs. 4 IVG): Invaliditätsgrad Prozentualer Anteil 49 % 47.5 % 48 % 45 % 47 % 42.5 % 46 % 40 % 45 % 37.5 % 44 % 35 % 43 % 32.5 % 42 % 30 % 41 % 27.5 % 40 % 25 % 5.1.

Vorliegend verneinte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 12. November 2024 einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente mit der Begründung, sowohl die angestammte wie auch eine adaptierte Tätigkeit sei zu 70 % zumutbar und die Einschränkung im Haushalt liege unter 20 %, woraus sich ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von unter 40 % ergebe (vgl. IV-act. 306 S. 2). Dabei stützte sie sich insbesondere auf das polydisziplinäre ABI-Gutachten vom 12. Oktober 2023 ab (vgl. IV-act. 280). 5.2.1. Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachpersonen zur Verfügung stellen. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben. Dies bedeutet in erster Linie, mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchungen unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, das heisst sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet, bzw. sie nimmt dazu Stellung, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Insoweit sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die

E. 8.1

In somatischer Hinsicht ist unter den Verfahrensbeteiligten unbestritten, dass bei der Beschwerdeführerin die Diagnose einer Colitis ulcerosa erstmals im Jahr 2003 erhoben wurde (vgl. insb. Berichte von Dr. med. C._____ vom 15. August 2016 [IV-act. 15 S. 1] und vom 30. Mai 2016 [IV-act. 6 S. 1]; Berichte von Dr. med. D._____ vom 4. August 2016 [IV-act. 13 S. 1] und vom 2. Juli 2016 [IV-act. 6 S. 3]). Nachdem es Ende 2015 nach einem bisher unauffälligen Krankheitsverlauf zu einer psychischen Krise gekommen war, traten ab Anfang 2016 abdominale Beschwerden mit Durchfall samt Blutbeimengungen und

tenesmenartigen Schmerzen auf (vgl. Berichte von Dr. med. C._____ vom 15. August 2016 [IV-act.

E. 8.2

Der gastroenterologische Gutachter Dr. med. N._____ wies in seinem Teilgutachten als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Colitis ulcerosa Montreal Klassifikation A2 E2 (ICD-10: K51.9) bei remittiertem Verlauf seit vier Monaten unter Azathioprin und Status nach multiplen Rezidiven aus (vgl. IV- act. 280 S. 63; siehe auch IV-act. 280 S. 12). Hierzu führte er aus, gestützt auf die Aktendokumentation und die Anamnese präsentiere sich bei der Beschwerdeführerin ein klassischer Verlauf einer Colitis ulcerosa mit schubförmigen Episoden. Letztmals scheine hier eine Aktivität im Januar 2023 eingesetzt zu haben, welche als mittelschwer qualifiziert werden müsse. Aktuell bestehe aber ein seit über vier Monaten anhaltender, remittierter Verlauf (vgl. IV- act. 280 S. 63). Zudem hielt der gastroenterologische Experte in anamnestischer Hinsicht insbesondere fest, den letzten Schub habe die Beschwerdeführerin im

E. 9

/ 32 Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 145 V 361 E. 3.2.1 f., 140 V 193 E. 3.1 f. und 132 V 93 E. 4; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_569/2021 vom 2. Februar 2022 E. 3.2.2, 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.4 und 8C_47/2021 vom 18. März 2021 E. 5.2.3). 5.2.2. Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht 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 Rechtsanspruchs gestatten. 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 (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.2 und 125 V 351 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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 (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 und 125 V 351 E. 3a; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_380/2021 vom 21. Dezember 2021 E. 3.2, 8C_173/2021 vom 25. Oktober 2021 E. 4.1, 8C_101/2021 vom 25. Juni 2021 E. 5.1, 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2 und 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.4). 5.2.3. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a und 122 V 157 E. 1c). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens (nach Art. 44 ATSG) eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund 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 (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4 und 125 V 351 E. 3b/bb; siehe auch Urteile des Bundesgerichts 9C_290/2022 vom 11. Januar 2023 E. 3, 8C_166/2022 vom

E. 9.1

Ferner diagnostizierte der psychiatrische Gutachter Dr. med. O._____ in seinem Teilgutachten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Ausprägung (ICD-10: F33.0), mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-act. 280 S. 39; siehe auch IV-act. 280 S. 12). Hierzu führte er aus, die Beschwerdeführerin habe sich in der Untersuchung bei einer subdepressiv herabgesetzten Stimmungslage mit einem verminderten Antrieb und einer allenfalls mässigen affektiven Modulationsfähigkeit gezeigt. Es bestehe darüber hinaus eine entsprechende psychopharmakologische Behandlung. Die depressiven Zustände seien mehrfach durch Belastungsfaktoren ausgelöst worden, hätten sich jedoch teilweise nur unzureichend zurückgebildet. Diagnostisch sei somit zunächst von einer rezidivierenden depressiven Störung in einer gegenwärtig leichtgradigen Ausprägung auszugehen. Für weitere Störungsbilder aus dem Spektrum der psychischen Erkrankungen hätten sich keine Anhaltspunkte ergeben. Die beschriebenen Unsicherheiten, sich unter anderen Menschen aufzuhalten, könnten als phobisch anmutend angesehen werden. Ein eigenständiges Krankheitsbild sei bei keinem erheblichen Vermeidungsverhalten nicht zu diagnostizieren, da die Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Biographie keine Mühe im Umgang mit anderen Menschen gehabt habe. Die beklagten kognitiven Störungen, wegen derer die Beschwerdeführerin sich alles aufschreiben müsse, seien einerseits nicht nachvollziehbar und andererseits nicht aus einem psychischen Störungsbild heraus abzuleiten. Es hätten sich darüber hinaus auch keine Anhaltspunkte für akzentuierte Persönlichkeitszüge ergeben, welche ohnehin per se als normabweichendes Verhalten ohne Krankheitswert anzusehen wären (vgl. IV-act. 280 S. 39). Angesichts der verminderten psychischen Gesamtbelastbarkeit aufgrund einer herabgesetzten Stressresistenz im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung erachtete Dr. med. O._____ die Beschwerdeführerin seit Juli 2018 sowohl in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig (vgl. IV-act. 280 S. 40 f.; siehe auch IV-act. 280 S. 12). Soweit die Beschwerdeführerin gestützt auf den Bericht von Dr. med. E._____ vom 15. Dezember 2023 das psychiatrische Teilgutachten zunächst in Frage stellt, weil Dr. med. O._____ – im Gegensatz zur behandelnden Psychiaterin (vgl. Bericht von

E. 9.2

Sodann bringt die Beschwerdeführerin vor, dass der psychiatrische Experte die von verschiedenen Fachärzten diagnostizierten selbstunsicheren und abhängigen Persönlichkeitszüge nicht berücksichtigt habe. Diesbezüglich lässt sich den Akten entnehmen, dass die behandelnde Psychiaterin, Dr. med. E._____, in ihrem Bericht vom 18. Februar 2021 unter anderem akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) auswies und in diesem Zusammenhang festhielt, die Beschwerdeführerin habe ihr von einer Überlastung am Arbeitsplatz, einer anstehenden Kündigung sowie auch von Mobbing durch eine Arbeitskollegin und eine Vorgesetzte berichtet. Sie zeige selbstunsichere, abhängige sowie depressive Persönlichkeitszüge, aufgrund welcher sie immer wieder in ähnliche Konflikte gerate, weil sie sich selbst zum "Prügelknaben" mache und ihre Bedürfnisse nicht angemessen durchsetzen bzw. sich nicht angemessen zur Wehr setzen könne (vgl. IV-act.

212). Auch in ihrem Bericht vom 1. Juni 2021 stellte Dr. med. E. _____ selbstunsichere, abhängige und depressive Persönlichkeitszüge fest. Betreffend Funktionseinschränkungen führte sie namentlich aus, aufgrund der beschriebenen Persönlichkeitszüge sei die Beschwerdeführerin verringert

E. 9.3

Des Weiteren bringt die Beschwerdeführerin vor, dass ein allfälliges Chronic Fatigue Syndrom im Rahmen der chronisch entzündlichen Darmerkrankung als Differenzialdiagnose nicht diskutiert worden sei. Es ist zwar aktenmässig erstellt, dass die Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit der diagnostizierten Colitis ulcerosa gegenüber ihrer Hausärztin Dr. med. D. _____ ein ausgeprägtes Schwächegefühl und eine Müdigkeit beklagte und Letztere in befundlicher Hinsicht auch eine entsprechende Symptomatik auswies (vgl. Berichte von Dr. med. D. _____ vom 2. Mai 2018 [IV-act. 194 S. 7], vom 4. August 2016 [IV-act. 13 S. 2] und vom 2. Juli 2016 [IV-act. 6 S. 3 f.]; siehe ferner insb. Gesprächsprotokoll vom 29. Juni 2017 [IV-act. 66]; E-Mails vom 17. März 2017 [IV-act. 61 S. 17], vom 15. Februar 2017 [IV-act. 61 S. 15] und vom 18. November 2016 [IV-act. 61 S. 5]; ELAR-Notiz vom 17. November 2016 [IV-act. 22]; Verlaufsprotokoll Eingliederung IM, Einträge vom 8. März 2017 und vom 13. Februar 2017 [IV-act. 56 S. 2 f.]; Evaluationsgespräch Eingliederung vom 6. September 2016 [IV-act. 17 S. 1 f.]; Telefonnotiz vom 31. August 2016 [IV-act. 61 S. 1]; Bericht Folgetermin Arbeitgeber der L. _____ AG vom 16. Juni 2016 [IV-act. 5 S. 12]; Telefonnotiz vom 11. Mai 2016 [IV-act. 5 S. 9] und Bericht Ersttermin der L. _____ AG vom 26. April 2016 [IV-act. 5 S. 1 ff.]). Allerdings hat die besagte Hausärztin in ihren Berichten nie den Verdacht auf ein Chronic Fatigue Syndrom gestellt bzw. diesbezüglich weitere Abklärungen empfohlen (vgl. Berichte von Dr. med. D. _____ vom 2. Mai 2018 [IV-act. 194 S. 7 f.], vom 4. August 2016 [IV-act. 13 S. 1 ff.] und vom 2. Juli 2016 [IV-act. 6 S. 3 f.]). Gleiches gilt mit Blick auf die aktenkundigen Berichte der die Beschwerdeführerin in psychiatrischer Hinsicht behandelnden Fachpersonen. So wies Dr. med. E. _____ in ihrem Bericht vom 30. Juli 2018 bei namentlich festgestellter Antriebslosigkeit sowie reduzierter körperlicher bzw. psychischer Belastbarkeit und einer daraus resultierenden raschen Ermüdbarkeit eine rezidivierende depressive Störung mit aktuell mittelgradiger Episode aus (vgl. IV-act. 89 S. 4 ff.; siehe ferner Beratungs- und Integrationsbericht vom 20. November 2015 [IV-act. 113 S. 2]; Besprechungsnotiz vom 20. September 2018 [IV-act. 100 S. 2]). Sodann hielt sie in ihrem Bericht vom 6. Dezember 2018 bei gleichgebliebener Diagnose in befundlicher Hinsicht namentlich fest, dass die Beschwerdeführerin weiterhin durch die Antriebslosigkeit sowie in ihrer körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit eingeschränkt sei und rasch ermüde. Zu den Auswirkungen der gesundheitlichen Störung auf die bisherige Tätigkeit führte sie insbesondere aus, durch die aktuelle depressive Symptomatik sei die körperliche und psychische Belastbarkeit reduziert; hieraus resultiere eine rasche Ermüdbarkeit. Zudem erachtete Dr. med. E. _____ die Durchführung eines Aufbautrainings zur Steigerung der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit für sinnvoll (vgl. IV-act. 118 S. 1 ff.; siehe auch E- Mails von Dr. med. E. _____ an den Eingliederungsberater vom 28. August 2019

E. 9.4

Des Weiteren macht die Beschwerdeführerin bezüglich der psychiatrischen Einschätzung von Dr. med. O. _____, wonach seit Juli 2018 eine 80%ige Arbeitsfähigkeit bestehe, geltend, dass diese den klinischen Verlauf nicht bzw. zu wenig berücksichtige. Nachdem

sich die depressive Symptomatik ab Herbst 2018 gebessert hatte und ab Frühjahr bzw. Sommer 2019 in Remission gewesen war, nahm die Beschwerdeführerin im Herbst 2020 aufgrund einer von ihr berichteten Überlastung am Arbeitsplatz und einer bevorstehenden Kündigung erneut psychotherapeutische Behandlung durch Dr. med. E. _____ in Anspruch (vgl. Bericht von Dr. med. E. _____ vom 18. Februar 2021 [IV-act. 212]; siehe auch Schreiben von Dr. med. E. _____ vom 5. Mai 2021 [IV-act. 222]). Diese attestierte aufgrund einer Verschlechterung des Gesundheitszustands bei festgestellter mittelgradiger depressiver Symptomatik ab dem 25. September 2020 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und ging von einer längerfristigen (Teil-)Arbeitsunfähigkeit aus (vgl. ebenda; siehe auch Bericht von Dr. med. G. _____ vom 21. Dezember 2020 [IV-act. 218], welcher ebenfalls eine volle Arbeitsunfähigkeit auswies und in Bezug auf diese insgesamt von einer eher schwierigen Prognose ausging). Nachdem die behandelnde Psychiaterin in der Folge Anfang Juni 2021 festgehalten hatte, dass sich die depressive Symptomatik aufgrund der Umstellung der Medikamente

E. 9.5

Soweit die Beschwerdeführerin ferner vorbringt, das psychiatrische Teilgutachten habe sich nicht hinreichend mit den nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung massgebenden Indikatoren auseinandergesetzt, ist ihr zuzustimmen. So hat Dr. med. O. _____ namentlich im Rahmen des zum Komplex "Gesundheitsschädigung" gehörenden Indikators "Komorbiditäten" keine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen vorgenommen, obwohl den ausgewiesenen akzentuierten Persönlichkeitszügen als Z-Diagnose nicht von vornherein eine ressourcenhemmende Wirkung abgesprochen werden kann (vgl. BGE 144 V 50 E. 5.2.1 und 143 V 418 E. 8.1; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_146/2021 vom 25. Juni 2021 E. 5.4.1 f. und 9C_899/2017 vom 9. Mai 2018 E. 4.2.3; siehe ferner E. 9.2 hiervor). In Bezug auf den Komplex "Persönlichkeit" erwähnte der psychiatrische Experte zwar psychosoziale Belastungsfaktoren (keine Partnerschaft seit vielen Jahren, keine Kinder, nur wenige soziale Kontakte; vgl. IV-act. 280 S. 40). Allerdings würdigte er diese – wie die Beschwerdeführerin zutreffend festhält – nicht. Zudem wären im Rahmen dieses Indikators die akzentuierten Persönlichkeitszüge ebenfalls zu diskutieren gewesen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.2). Sodann äusserte sich Dr. med. O. _____ zum Indikator "Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck" nicht, obwohl die aktenkundige mehrwöchige stationäre Behandlung sowie die Nachbehandlung in der psychiatrischen Tagesklinik neben der langjährigen ambulanten psychiatrischen Therapie samt psychopharmakologischer Behandlung auf einen solchen hindeuten. Im Übrigen äusserte sich der psychiatrische Gutachter – wie die Beschwerdeführerin zu Recht vorbringt – auch zu den weiteren Beweisthemen wenn überhaupt nur oberflächlich (vgl. IV-act. 280 S. 37 ff.).

E. 10

/ 32

E. 13

/ 32 f.). Die Gutachterin und Gutachter erachteten die Beschwerdeführerin bei einer reduzierten Leistungsfähigkeit bei erhöhtem Pausenbedarf und reduziertem Rendement sowohl in der bisherigen als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit seit Mai 2018 zu 70 % arbeitsfähig (vgl. IV-act. 280 S. 13 f.). Zudem gingen sie von einer Einschränkung im Haushalt von weniger als 20 % aus (vgl. IV-act. 280 S. 14).

E. 13.1

Laut Art. 69 Abs. 1bis IVG i.V.m. Art. 61 lit. fbis ATSG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über Leistungen aus der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis CHF 1'000.00 festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Aufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Kosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens auf CHF 700.00 fest. Gemäss ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung einer Sache zu weiteren Abklärungen und zu neuem Entscheid für die Frage der

E. 13.2

Die Beschwerdeführerin hat gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Die Bemessung der Entschädigung erfolgt ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, wobei der zeitliche Aufwand der Rechtsvertretung regelmässig durch die Schwierigkeit des Prozesses mitbestimmt wird. Im Übrigen wird die Bemessung der Parteientschädigung gemäss Art. 61 Satz 1 ATSG nach dem kantonalen Recht bestimmt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_519/2020 vom 6. Mai 2021 E. 2.2, 9C_64/2019 vom 25. April 2019 E. 4, 9C_714/2018 vom 18. Dezember 2018 E. 9.2 und 9C_321/2018 vom 16. Oktober 2018 E. 6.1). Gemäss Art. 78 VRG i.V.m. Art. 2 HV (BR 310.250) wird die Parteientschädigung nach Ermessen des Gerichts festgesetzt, wobei es grundsätzlich von dem in der Honorarnote geltend gemachten (und als angemessen zu betrachtenden) Aufwand sowie vom (üblichen) Stundenansatz ausgeht.

E. 13.3

Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin reichte aufforderungsgemäss am 4. Februar 2025 eine Honorarnote ein. Das geltend gemachte Honorar beläuft sich auf insgesamt CHF 2'351.55 (bestehend aus einem Aufwand von 13.2 Stunden à CHF 160.00 [CHF 2'112.00] zzgl. einer Spesenpauschale von 3 % [CHF 63.35] und 8.1 % MWST [CHF 176.20]). Diese berücksichtigt sowohl den praxisgemäss geltenden, reduzierten Stundenansatz für Hilfsorganisationen, zu denen auch die Procap Schweiz zu zählen ist (vgl. PVG 2010 Nr. 31 und Nr. 32), als auch die rechtsprechungsgemäss anzuerkennende Spesenpauschale von 3 % des Honorars (vgl. Urteile des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden S 24 8 vom 12. März 2024 E. 8.2, S 23 55 vom 19. September 2023 E. 9.2.2, S 22 106 vom

E. 15

/ 32 erlitt die Beschwerdeführerin nach mehrmonatiger Remission bei festgestelltem erhöhtem Infektparameter erneut einen Schub der Colitis ulcerosa mit starken Bauchschmerzen, häufigen blutigen Durchfällen sowohl am Tag wie auch nachts, und einem reduzierten Allgemeinzustand, woraufhin sie sich im Juni 2018 erneut bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug anmeldete (vgl. Bericht von Dr. med. D._____ vom 2. Mai 2018 [IV-act. 194 S. 7 f.] und IV-Anmeldung vom 6. Juni 2018 [IV-act. 79]; siehe ferner telefonische Erstabklärung KTG Versicherter vom 30. April 2018 [IV-act. 193 S. 76] und hausärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von April und Mai 2018 [IV-act. 195 S. 13 ff.]). In ihrem Verlaufsbericht vom 25. Juni 2018 hielt die Hausärztin Dr. med. D._____ namentlich fest, im April/Mai 2018 habe sich erneut ein kürzerer Schub der Colitis ulcerosa ereignet, woraufhin der Beschwerdeführerin gekündigt worden sei. Betreffend Darmerkrankung gehe es ihr aber wieder gut. Aktuell bestehe aus psychischen

Gründen eine Arbeitsunfähigkeit in Bezug auf den aktuellen Arbeitsplatz (vgl. IV-act. 83; siehe ferner RAD-Einschätzung von Dr. med. M. _____ vom 17. Juli 2018, wonach eine Arbeitsunfähigkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht im April und Mai 2018 wahrscheinlich anzuerkennen sei, und die von ihm ausgewiesenen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit [IV-act. 200 S. 7 f.]). Gleichermassen teilte die Beschwerdeführerin ihrem Eingliederungsberater anlässlich eines Gesprächs vom 7. November 2018 insbesondere mit, dass die Situation bezüglich der Colitis ulcerosa relativ ruhig sei und das Cortison ausgeschlichen werden könne (vgl. IV-act. 113 S. 2; siehe auch Verlaufsprotokoll Eingliederung AV, Einträge vom 23. Juli 2018, vom 13. August 2018 und vom 23. August 2018, wonach die Beschwerdeführerin laut ihren Angaben im Juli 2018 erneut einen Schub erlitten habe, sich ihr diesbezüglicher Gesundheitszustand allerdings im August 2018 wieder verbessert habe [IV-act. 114 S. 4]; siehe ferner Verlaufsprotokoll Eingliederung IM, Eintrag vom 29. Januar 2019, wonach die Beschwerdeführerin ihrem Eingliederungsberater mitteilte, dass sie das Cortison absetzen könne und es ihr so gut wie schon lange nicht mehr gehe [IV-act. 186 S. 3]). In der Folge absolvierte die Beschwerdeführerin vom 4. März 2019 bis zum 31. August 2019 ein Aufbautraining bei F. _____, wobei diese Integrationsmassnahme Anfang September 2019 aufgrund Zielerreichung abgeschlossen wurde (vgl. Mitteilungen vom 3. September 2019 [IV-act. 188] und vom 18. Februar 2019 [IV-act. 126]; siehe auch Schlussbericht vom 31. August 2019 [IV-act. 182] und betreffend die vereinbarten Ziele: IV-act. 141; siehe ferner Protokoll Standortgespräch vom 4. April 2019, wonach sich aufgrund eines Streits mit der Mutter wieder Bauchprobleme bemerkbar gemacht hätten, diese allerdings im Vergleich zu früher eher glimpflich verlaufen seien [IV-act. 144 S. 1], und jenes vom 14. Juni 2019, wonach die Beschwerdeführerin keine Magen-Darm-

E. 16

/ 32 Beschwerden beklage [IV-act. 164 S. 1]). Mit Verfügung vom 31. Oktober 2019 wies die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ab (vgl. IV-act. 199). Im Rahmen einer darauffolgenden erneuten IV-Anmeldung unter Hinweis auf eine psychische Beeinträchtigung wies Dr. med. D. _____ in ihrem Verlaufsbericht vom 21. Mai 2021 die Diagnose einer Colitis ulcerosa ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus und hielt insbesondere fest, es scheine, als verlaufe die Colitis ulcerosa schon länger schubfrei (vgl. IV-act. 225 S. 2 und IV-Anmeldung vom Januar 2021 [IV-act. 207]). In der Folge wies Dr. med. D. _____ am 6. Dezember 2021 einen stationären Gesundheitszustand aus und wies darauf hin, dass sich aus internistischer Sicht keine Änderungen betreffend Diagnose ergeben hätten (vgl. Bericht von Dr. med. D. _____ vom 6. Dezember 2021 [IV-act. 229 S. 1]). Sodann hielt die behandelnde Psychiaterin, Dr. med. E. _____, in ihrem Verlaufsbericht vom 23. Dezember 2021 namentlich fest, dass laut der Beschwerdeführerin in Bezug auf die Colitis ulcerosa aktuell ein stabiler Verlauf vorliege (vgl. IV-act. 230 S. 1). Mitte März 2022 informierte Dr. med. E. _____ die Beschwerdegegnerin unter anderem darüber, dass seit Januar 2022 ein akuter Schub der Colitis ulcerosa bestehe, welcher gerade abklinge. Die nächste gastroenterologische Untersuchung sei per Anfang April 2022 geplant (vgl. Antwortblatt Medizin vom 14. März 2022 [IV-act. 232]). Im Austrittsbericht der I. _____ vom 6. September 2022 wurde als somatische Nebendiagnose insbesondere eine nicht näher bezeichnete Colitis ulcerosa ausgewiesen und diesbezüglich festgehalten, dass der letzte Schub im Januar 2022 gewesen sei und aktuell ein reguläres Stuhlverhalten ohne Blutabgang vorliege. Während der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen

Behandlung sei bei Fortführung der eingeleiteten Medikation keine akute Exazerbation aufgetreten [IV-act. 236 S. 3 und S. 6]).

E. 17

/ 32 Januar 2023 erlebt, welcher sich nach einer Koloskopie etabliert habe. Dieser Schub habe mit einem Gastroenterologikum unter Verwendung von Mesalazin kupiert werden können. Aktuell sei die Beschwerdeführerin beschwerdefrei. Die Stuhlfrequenz werde mit einmal täglich angegeben. Gelegentlich habe die Beschwerdeführerin Abdominalbeschwerden, welche prä- als auch postdefäkational aufträten. In der Nacht leide sie nicht an Abdominalbeschwerden (vgl. IV-act. 280 S. 61). Angesichts der somit im Begutachtungszeitpunkt am 14. August 2023 sich bereits seit mehreren Monaten in Remission befindlichen Colitis ulcerosa ist nicht zu beanstanden, wenn Dr. med. N. _____ in Bezug auf diesen Zeitpunkt aus gastroenterologischer Sicht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausging und keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auswies (vgl. IV-act. 280 S. 64; siehe auch IV-act. 280 S. 11). Allerdings ergeben sich aus den vorliegenden Akten – wie dargelegt (vgl. E. 8.1 hiervor) – Hinweise darauf, dass die Beschwerdeführerin im vorliegend massgeblichen Zeitraum zwei, jeweils mehrere Monate andauernde Krankheitsschübe erlitten hat (ab Januar 2022 bzw. ab Januar 2023). In Bezug auf den zuletzt erlittenen Schub der Colitis ulcerosa ging der gastroenterologische Gutachter Dr. med. N. _____ – wie bereits erwähnt (vgl. E. 8.1 hiervor) – von einer mittelschweren Aktivität aus. Insofern wäre die Beschwerdegegnerin gehalten gewesen, hinsichtlich dieser beiden Krankheitsschübe echtzeitliche (fach-)ärztliche Bericht einzuholen und diese im Rahmen der funktionellen Folgenabschätzung der ausgewiesenen Colitis ulcerosa in retrospektiver Hinsicht gutachterlicherseits beurteilen und würdigen zu lassen. Dies gilt umso mehr, als Dr. med. N. _____ in seinem Teilgutachten festhielt, dass sich aus gastroenterologischer Sicht keine Arbeitsprofile herleiten liessen, welche der aktiven Colitis ulcerosa entgegenkämen (vgl. IV-act. 280 S. 64). Insofern präsentiert sich der rechtserhebliche Sachverhalt als unvollständig abgeklärt. Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, dass vorliegend die Püfung der Konnexität pflichtwidrig unterlassen worden sei, und diesbezüglich mehrere Bundesgerichtsurteile anführt, ist festzuhalten, dass Letztere ausschliesslich die berufliche Vorsorge zum Gegenstand haben. Allerdings ist mit Blick auf die noch vorzunehmenden Abklärungen auf die höchstrichterliche Rechtsprechung hinzuweisen, wonach nicht vorhersehbare und schwer kalkulierbare Absenzen, wie sie durch Krankheitsschübe verursacht werden, einen Tabellenlohnabzug rechtfertigen können (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_770/2023 vom 11. Juli 2024 E. 7.2.2 und 9C_42/2022 vom 12. Juli 2022 E. 4.5; siehe hierzu insbesondere RAD-Einschätzungen vom 17. Juli 2018, wonach der Verlauf einer Colitis ulcerosa recht unberechenbar sei [IV-act. 200 S. 7], und vom 10. August 2016, wonach der zeitliche Ablauf eines solchen Prozesses unterschiedlich ausfallen könne [IV-act.

E. 18

S. 1 f.). Eine eingehende Untersuchung dieses Aspekts drängt sich insbesondere auch aufgrund der (versicherungs-)medizinischen Beurteilung von Dr. med. N. _____ auf. Denn im gastroenterologischen Teilgutachten hielt er fest, die Colitis ulcerosa müsse als eigenständige Entität bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gewertet werden, insbesondere bei hoher Aktivität, wobei er aufgrund des langjährigen Verlaufs davon ausging, dass auch mittelfristig weitere Schübe auftreten würden (vgl. IV-act. 280 S. 63).

E. 19

/ 32 Dr. med. E._____ vom 15. Dezember 2023 [IV-act. 293 S. 3]) – kein Mini-ICF-APP durchgeführt hat, kann ihr nicht gefolgt werden. Denn die Mini-ICF-APP kann rechtsprechungsgemäss bloss eine Ergänzung darstellen und die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage sind im Einzelfall anhand von Standardindikatoren zu prüfen (vgl. BGE 148 V 49 E. 6.3; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_664/2019 vom 8. April 2020 E. 4.3.1 und 9C_157/2019 vom 28. Oktober 2019 E. 4.3; siehe hierzu E. 9.5 hernach). Abgesehen davon steht der Gutachtensperson bei der Wahl der Untersuchungsmethoden ein weiterer Ermessensspielraum zu (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_613/2022 vom 6. Oktober 2023 E. 4.2 und 8C_153/2021 vom 10. August 2021 E. 5.2). Ausserdem ist nicht ersichtlich, was die Beschwerdeführerin aus ihrem Vorbringen, wonach der Medikamentenspiegel zum falschen Zeitpunkt bestimmt worden sei, konkret ableiten will. In diesem Zusammenhang merkte der psychiatrische Gutachter an, laborchemisch zeige sich, dass die Medikamente Trittico und Pregabalin wie verordnet eingenommen würden. Im Weiteren hielt er zwar fest, dass der Venlafaxinspiegel sich deutlich ausserhalb des therapeutischen Bereichs, namentlich kurz vor dem toxischen Bereich, befunden habe (vgl. IV-act. 280 S. 34; siehe auch IV-act. 280 S. 40 und S. 79). Wie RAD-Arzt P._____ jedoch zutreffend festhält (vgl. Stellungnahme vom 13. Februar 2024 [IV-act. 307 S. 31]), leitete Dr. med. O._____ im Rahmen seiner Beurteilung aus der Bestimmung des Medikamentenspiegels nichts zu Ungunsten der Beschwerdeführerin ab (vgl. IV-act. 280 S. 37 ff.).

E. 20

/ 32 belastbar. Sie zeige eher rigide Verhaltensmuster und ihre Flexibilität sowie Lernfähigkeit seien eingeschränkt. Im zwischenmenschlichen Kontakt und in der Kommunikation träten eher Missverständnisse auf. Die Beschwerdeführerin erachte für sie unverständliche Äusserungen als feindsinnig gegen sie gerichtet. Sie habe Schwierigkeiten, eigene Bedürfnisse zu kommunizieren und diese angemessen durchzusetzen. Diese Funktionseinschränkungen seien langjährig chronifiziert, therapeutisch entsprechend schwer beeinflussbar und hätten auch zu den gehäuft berichteten Mobbing-Erfahrungen beigetragen. Dr. med E._____ erachtete die beschriebenen Persönlichkeitsfaktoren als einer Eingliederung im Wege stehend (vgl. IV-act. 227 S. 3 ff.). Ausserdem wies die behandelnde Psychiaterin in ihrem Verlaufsbericht vom 23. Dezember 2021 bei gleichgebliebenen Diagnosen einen stationären Gesundheitszustand aus. Neben den bereits dargelegten Funktionseinschränkungen hielt sie insbesondere fest, die akzentuierten Persönlichkeitszüge beeinflussten den Verlauf der depressiven Episode, führten zu einer starken Ängstlichkeit und somit auch zu einer Chronifizierung sowie Verschlechterung der Prognose (vgl. IV-act. 230 S. 1 und S. 3). Ferner diagnostizierten die behandelnden Fachpersonen der I._____ in ihrem Austrittsbericht vom 6. September 2022 über den mehrwöchigen stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Aufenthalt der Beschwerdeführerin unter anderem eine Persönlichkeitsakzentuierung mit selbstunsicheren bzw. abhängigen Zügen (ICD-10: Z73). Dazu führten sie in ihrer Verlaufsbeschreibung aus, zu Beginn der Therapie seien anamnestisch familiäre Elemente erhoben worden, welche folgende Erlebnisse in den Vordergrund gebracht hätten: Der Beschwerdeführerin sei bezüglich der vorelterlichen Generation grösstenteils nichts bekannt, was eine familiäre Entwurzelung und somit ein fehlendes Gefühl der Zugehörigkeit ausgelöst habe.

Verschiedene Traumata beim Vater (Hitlerjugend) und bei der Mutter (Hospitalismus) seien zum hypothetischen Erklärungsmodell für die dysfunktionale elterliche Beziehung (u.a. mit fehlender Unterstützung, Gefühl der Abwertung, des Verlassenseins und des "kommandiert werden") gemacht worden. Die Genogrammarbeit habe diese dysfunktionale Beziehung in die Struktur zweier Parteien hervorgebracht: Mutter-Schwester gegen Vater-Beschwerdeführerin. Entsprechend habe der Tod des Vaters ein weiteres Gefühl des Verlassenseins hervorgerufen, welches bis heute noch unbearbeitet geblieben sei. Diese verschiedenen Aspekte, welche möglicherweise zu Persönlichkeitszügen der Abhängigkeit und Unsicherheit geführt hätten, sollten im psychotherapeutischen ambulanten Setting noch tiefer behandelt werden (vgl. IV-act. 236 S. 1 und S. 5; siehe auch IV-act. 236 S. 3 f. [Persönliche Anamnese]). Zwar ist der Beschwerdegegnerin darin beizupflichten, dass es sich bei einer Z-Kodierung nicht um eine Erkrankung im Sinne des Klassifikationssystems bzw. einen

E. 21

/ 32 invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsschaden handelt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_804/2021 vom 1. Juni 2022 E. 4.1.3, 9C_542/2019 vom 12. November 2019 E. 3.2 und 8C_699/2018 vom 28. August 2019 E. 4.2.2; siehe auch IV-act. 280 S. 38 f., wonach der psychiatrische Experte festhielt, akzentuierte Persönlichkeitszüge seien per Definition bloss als normabweichendes Verhalten ohne Krankheitswert und somit als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit anzusehen). Allerdings wäre der psychiatrische Gutachter angesichts der in Bezug auf den vorliegend zu beurteilenden Zeitraum aktenkundig ausgewiesenen und hergeleiteten akzentuierten Persönlichkeitszügen mit Wechselwirkung hinsichtlich der depressiven Symptomatik gehalten gewesen, sich damit auseinanderzusetzen (vgl. hierzu auch die Ausführungen zum Indikator "Komorbiditäten" sowie zum Komplex "Persönlichkeit" in E. 9.5 hernach). Dies gilt umso mehr, als selbst RAD-Arzt P._____ bezüglich der akzentuierten Persönlichkeitszüge anerkennt, dass diese im Rahmen der Beeinflussung IV-relevanter Krankheiten Relevanz haben können (vgl. Stellungnahme vom 13. Februar 2024 [IV-act. 307 S. 31]). Die psychiatrische Beurteilung, wonach sich anlässlich der Exploration am 21. August 2023 keine Anhaltspunkte für akzentuierte Persönlichkeitszüge ergeben hätten bzw. diese ohnehin lediglich als normabweichendes Verhalten ohne Krankheitswert und damit als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit anzusehen seien, greift insofern zu kurz (vgl. IV-act. 280 S. 38 f.). Soweit Dr. med. O._____ schliesslich darauf hinweist, dass die Beschwerdeführerin angesichts ihrer bisherigen Biographie keine Mühe im Umgang mit anderen Menschen gehabt habe, weshalb von keinem erheblichen Vermeidungsverhalten auszugehen sei, kann ihm in dieser Absolutheit nicht gefolgt werden. Abgesehen davon, dass er in seinem psychiatrischen Teilgutachten selbst von nur wenigen sozialen Kontakten ausgeht (vgl. IV-act. 280 S. 40), ergeben sich in Bezug auf den vorliegend massgeblichen Zeitraum durchaus gegenteilige Anhaltspunkte aus den Akten (vgl. insb. neuropsychologisches Gutachten von lic. phil. J._____ vom 15. Dezember 2022, wonach in anamnestischer Hinsicht festgehalten wird, die Beschwerdeführerin lebe sehr zurückgezogen, verlasse nur selten ihre Wohnung und ihr früheres soziales Netz habe sich vollständig zurückgezogen [IV-act. 259 S. 9], und Austrittsbericht vom 6. September 2022, wonach von einem langandauernden sozialen Rückzug und in anamnestischer Hinsicht von sozialen Interaktionsschwierigkeiten bzw. Schwierigkeiten, sich in die Öffentlichkeit zu begeben, die Rede ist [IV-act. 236 S. 2]). Diese blieben im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung ungewürdigt. Insofern erweist sich der rechtserhebliche Sachverhalt auch in

dieser Hinsicht als ungenügend abgeklärt.

E. 22

/ 32

E. 23

Dezember 2021 mit einer ebenfalls diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und einer in diesem Zusammenhang festgestellten verringerten psychischen und physischen Belastbarkeit [IV-act. 230 S. 1 und S. 3]). Ferner wiesen die behandelnden Fachpersonen der I. _____ in ihrem Austrittsbericht vom 6. September 2022 über den mehrwöchigen stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Aufenthalt als Hauptdiagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), aus. Im Rahmen ihrer Beurteilung führten sie insbesondere aus, bei der Beschwerdeführerin bestehe eine mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer bekannten rezidivierenden depressiven Störung, aktuell mit Erschöpfung und stark ausgeprägten somatischen Symptomen, die in Verbindung mit einer multifaktoriellen psychosozialen Belastungssituation stünden (vgl. IV-act. 236 S. 1 f.; siehe auch S. 2 f. und S. 5 f., wonach die Beschwerdeführerin eine Erschöpfung beklagte, betreffend Psychostatus bei Eintritt ein mittelschwer reduzierter Antrieb, ein Gefühl schwerer Erschöpfbarkeit sowie in objektiver Hinsicht eine extreme Erschöpfung erwähnt wurden, seitens der behandelnden Fachpersonen in der Verlaufsbeschreibung ein schwerer Erschöpfungszustand bzw. betreffend Psychostatus bei Austritt ein mittelschwer reduzierter Antrieb mit einem Gefühl mittelmässiger Erschöpfbarkeit und in objektiver Hinsicht eine schwere Erschöpfung festgehalten wurde; siehe ferner psychiatrisches Teilgutachten, wonach die Beschwerdeführerin angab, dass sie vor dem Klinikaufenthalt total erschöpft gewesen sei bzw. bei Austritt mehr Kraft gehabt

E. 24

/ 32 habe [IV-act. 280 S. 34]). Gleichermassen ging die behandelnde Psychiaterin Dr. med. E. _____ in ihrem Bericht vom 15. Dezember 2023 weiterhin von einer depressiven Symptomatik aus (vgl. IV-act. 293 S. 3 ff.) Abgesehen davon, dass anlässlich der psychiatrischen Exploration im August 2023 kein aktueller Erschöpfungszustand beklagt bzw. in befundlicher Hinsicht unter anderem bloss ein verminderter Antrieb festgestellt wurde (vgl. IV-act. 280 S. 34, S. 37 und S 39; siehe aber allgemeininternistisches, rheumatologisches und gastroenterologisches Teilgutachten [IV-act. 280 S. 27, S. 44 und S. 60] sowie neuropsychologisches Gutachten von lic. phil. J. _____ vom 15. Dezember 2022 [IV-act. 259 S. 8 und S. 11]), stellt es angesichts des Umstands, dass im Rahmen des dargelegten langjährigen Krankheitsverlaufs nie die Verdachtsdiagnose eines Chronic Fatigue Syndroms gestellt bzw. diesbezügliche Abklärungen durchgeführt wurden und die ausgewiesene Erschöpfungssymptomatik im Kontext der rezidivierenden depressiven Störung betrachtet wurde, entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin keinen Mangel dar, wenn sich der psychiatrische Experte Dr. med. O. _____ mit dieser Thematik nicht näher auseinandergesetzt hat (vgl. IV- act. 280 S. 37 ff.; siehe ferner Stellungnahme von RAD-Arzt P. _____ vom 13. Februar 2024 [IV-act. 307 S. 31] und Bericht von Dr. med. E. _____ vom 15. Dezember 2023, wonach zwar von einem möglichen Chronic Fatigue Syndrom die Rede ist, hierzu allerdings nichts Konkretes ausgeführt wird [IV-act. 293 S. 4]).

E. 25

/ 32 stabilisiert habe bzw. teilweise remittiert sei (vgl. Bericht von Dr. med. E._____ vom 1. Juni 2021 [IV-act. 227 S. 3]), wies sie in ihrem Verlaufsbericht vom 23. Dezember 2021 zwar einen stationären Gesundheitszustand aus, hielt allerdings bei stagnierendem Verlauf sowie verschlechterter Prognose gleichzeitig fest, neben einer weiter ausgeprägten depressiven Symptomatik bestünden seit Juni 2021 generalisierte Ängste, Panikattacken sowie ausgeprägte Schlafstörungen. Dr. med. E._____ attestierte weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit und wies darauf hin, dass mit der Beschwerdeführerin aktuell eine (teil-)stationäre Behandlung intensiv besprochen werde (vgl. IV-act. 230 S. 1 f.). Vom 6. Juli 2022 bis zum 17. August 2022 hielt sich die Beschwerdeführerin zur stationären psychiatrisch- psychotherapeutischen Behandlung in der I._____ auf. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 6. September 2022 wurde in anamnestischer Hinsicht insbesondere ausgeführt, die Beschwerdeführerin beschreibe aktuell ein Gefühl von "Nicht-Weiterkommen im Leben". Das Schlimmste sei der tägliche Stress und die Erschöpfung. Sie sei völlig durcheinander, unkonzentriert und vergesslich. Sie könne ihre Tage kaum planen oder Planungen durchführen. Panikattacken träten seit Oktober 2020 mehrmals in der Woche auf. Soziale Interaktion sei schwierig. So habe sie sich von Herbst bis Sommer 2021 nicht in die Öffentlichkeit begeben können. Die behandelnden Fachpersonen attestierten für die Dauer des Klinikaufenthalts bis zum 22. August 2022 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und beurteilten, bei der Beschwerdeführerin bestehe eine mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer bekannten rezidivierenden depressiven Störung, aktuell mit Erschöpfung und stark ausgeprägten somatischen Symptomen, die in Verbindung mit einer multifaktoriellen Belastungssituation stünden. Es liege eine chronisch belastete Lebenssituation nach einer kürzlich erfolgten Kündigung mit Mobbing Erfahrung und dem noch nicht verarbeiteten Tod ihrer Mutter im Januar 2020 vor. Zudem erlebe die Beschwerdeführerin Einsamkeit durch langandauernden sozialen Rückzug (vgl. IV-act. 236 S. 1 f.). Obwohl sich die Beschwerdeführerin bei Klinikaustritt in einem besseren allgemeinen psychophysischen Zustand befand (vgl. Austrittsbericht vom 6. September 2022 [IV-act. 236 S. 5]), bestand bei Austritt immer noch ein auffälliger Psychostatus mit namentlich präsenter Angst vor Mobbing, zeitweisen Panikattacken, objektiv mittelschwer gedrückter Stimmung, mittelmässig reduzierter Schwingungsfähigkeit, deutlicher Affektlabilität, mittelschwer reduziertem Antrieb und objektiv schwerer Erschöpfung (vgl. IV-act. 236 S. 6). Sodann erfolgte eine Nachbehandlung in der psychiatrischen Tagesklinik (vgl. E-Mail von Dr. med. E._____ vom 13. September 2022 [IV-act. 237]). Abgesehen davon, dass der psychiatrische Experte zum Austrittsbericht vom 6. September 2022 anmerkte, dass die darin gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung in einer gegenwärtig

E. 26

/ 32 mittelgradigen Ausprägung retrospektiv nachvollziehbar sei, setzte er sich in seiner Beurteilung mit den sich auf den vorliegend massgeblichen Zeitraum beziehenden Berichten der behandelnden Fachpersonen und der tagesklinischen Behandlung nicht näher auseinander (vgl. IV-act. 280 S. 38 f.). Wenn Dr. med. O._____ die Einschätzung der I._____ anerkennt, erscheint zudem nicht nachvollziehbar, weshalb sich die damals vorliegende mittelgradige Episode der rezidivierenden depressiven Störung in gleicher Weise wie die von ihm selbst zum Begutachtungszeitpunkt festgestellte bloss leichtgradige Episode auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt haben soll. Soweit Dr. med. O._____ der von Dr. med. E._____ seit Herbst 2020 attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausserdem entgegenhält, dass eine solche aus dem beschriebenen Zustand bei Austritt nicht abzuleiten

sei (vgl. IV-act. 280 S. 38), erweist sich dies angesichts der vorerwähnten Auffälligkeiten im Psychostatus ebenfalls als erklärungsbedürftig. Insofern erweist sich der rechtserhebliche Sachverhalt ebenfalls als nicht hinreichend abgeklärt.

E. 27

/ 32 Angesichts der somit nicht hinreichenden Auseinandersetzung mit den massgeblichen Beweisthemen im psychiatrischen Teilgutachten kann das aus psychiatrischer Sicht tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen nicht zuverlässig eingeschätzt werden. Da auch die in den Akten liegenden fachärztlichen Berichte keine umfassende Beurteilung anhand der systematisierten Indikatoren erlauben, präsentiert sich der rechtserhebliche Sachverhalt als ungenügend abgeklärt. 10. Schliesslich bringt die Beschwerdeführerin vor, dass die neuropsychologischen Einschränkungen bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zwingend zu berücksichtigen seien. In seinem neuropsychologischen Bericht vom 15. Dezember 2022 wies lic. phil. J._____ zwar (weit) unterdurchschnittliche Befunde in diversen Bereichen und insbesondere einen Gesamt-IQ von 53 aus, konnte dabei allerdings mangels valider Testbefunde keine neuropsychologischen Funktionseinschränkungen feststellen (vgl. IV-act. 259 S. 13 und S. 16 ff.; siehe demgegenüber Bericht der H._____ [H._____] vom 9. April 2024 über die neuropsychologische Untersuchung vom 13. März 2024 mit diagnostizierter leichter bis mittelschwerer neuropsychologischer Störung und ausgewiesener Arbeitsunfähigkeit von 30 % bis 50 % [IV-act. 301]). Zu den Diskrepanzen zwischen massiven subjektiven Beschwerden und der erkennbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation führte lic. phil. J._____ aus, auf der grundlegenden neurokognitiven Informationsverarbeitungsebene habe die Beschwerdeführerin überwiegend Resultate gezeigt, welche bei grossflächigen Hirnverletzungen oder relevanten neurologischen Störungen bzw. bei fortgeschrittenen Demenzen zu erwarten wären. Auch eine Depression könnte diese tiefen intellektuellen bzw. neurokognitiven Resultate erklären (vgl. IV-act. 259 S. 17; siehe auch neurologisches Teilgutachten von Dr. med. Q._____, wonach dieser sich die Frage stellte, ob die kognitiven Defizite eine hirnorganische Basis hätten, und schliesslich von einer Pseudodemenz ausging [IV-act. 280 S. 56], und Bericht der H._____ vom 9. April 2024 über die neuropsychologische Untersuchung vom 13. März 2024, wonach die festgestellten subkortikalen Auffälligkeiten gut mit einer Antriebsminderung vereinbar seien bzw. neben einer Depressionssymptomatik als mögliche (Teil-)Ätiologie der neurokognitiven Defizite auch ein frühzeitiger neurodegenerativer Abbauprozess in Frage komme [IV-act. 301 S. 4]). Obschon sich im Rahmen der Ende Mai/Anfang Juni 2024 durchgeführten Lumbalpunktion und PET/CT-Untersuchung keine Hinweise auf eine neurodegenerative Erkrankung ergaben (vgl. Berichte des Kantonsspitals Graubünden vom 29. Mai 2024 und vom 3. Juni 2024 [IV-act. 297]), lässt die Beurteilung von Dr. med. O._____ eine eingehende Auseinandersetzung zur psychiatrischen Einordnung der anlässlich der neuropsychologischen Abklärung

E. 28

/ 32 durch lic. phil. J._____ festgestellten kognitiven Minderleistungen vermissen (vgl. IV-act. 280 S. 38 f., wonach lediglich festgehalten wird, die beklagten neurokognitiven Störungen, aufgrund welcher sich die Beschwerdeführerin alles aufschreiben müsse, seien nicht nachvollziehbar und nicht aus dem psychischen Störungsbild heraus abzuleiten; siehe auch Einschätzung von RAD-Arzt P._____ vom 13. Februar 2024 [IV-act. 307 S. 32]). Mithin wurden die Ergebnisse vom psychiatrischen ABI-Gutachter nicht – wie

rechtsprechungsgemäss gefordert (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_605/2019 vom 12. November 2019 E. 3.2.2 und 8C_95/2019 vom 3. Juni 2019 E. 6.1) – mit Blick auf plausible Alternativerklärungen im Sinne psychiatrischer Störungen in ihrer Beurteilung gewürdigt. Dies hätte sich allerdings aufgedrängt, da bereits lic. phil. J. _____ in seinem Bericht vom 15. Dezember 2022 – wie dargelegt – auf eine Depression als mögliche Erklärung der kognitiven Minderleistungen hinwies (vgl. IV-act. 259 S. 17) und auch im Bericht der H. _____ vom 9. April 2024 zur neuropsychologischen Untersuchung vom 13. März 2024, welche eine leichte bis mittelschwere neurokognitive Störung ergab (vgl. IV-act. 301 S. 3 f.), eine Depressionssymptomatik als mögliche (Teil-)Ätiologie für die neurokognitiven Defizite in Betracht gezogen wurde (vgl. IV-act. 301 S. 4). Insofern erweist sich der rechtserhebliche Sachverhalt ebenfalls als nicht hinreichend abgeklärt. Nach der Rechtsprechung bleibt es denn auch grundsätzlich Aufgabe des Facharztes oder der Fachärztin der Psychiatrie – oder allenfalls der Neurologie –, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_380/2022 vom 27. Dezember 2022 E. 10.2.1, 8C_381/2022 vom 27. Dezember 2022 E.8.2.1, 9C_299/2019 vom 27. Juni 2019 E. 4 und 9C_752/2018 vom 12. April 2019 E. 5.3). In Übereinstimmung mit der Beschwerdeführerin wird im Rahmen der noch vorzunehmenden fachärztlichen Abklärungen (vgl. E. 11.2 hernach) auch der Bericht der H. _____ vom 9. April 2024 mitzubewerten und zu würdigen sein. Soweit aus dem neuropsychologischen Bericht von lic. phil. J. _____ vom 15. Dezember 2022 gefolgert würde, es lägen keine kognitiven Defizite vor, bzw. er selbst im Rahmen der Schätzung des prämorbidem Intelligenzniveaus aufgrund biografisch-anamnestischer Angaben auf einen Gesamt-IQ von 95 und damit auf eine normvariante Intelligenz schliesst (vgl. IV-act. 259 S. 15 ff.), erscheint dies aufgrund der jüngsten beruflichen Vita der Beschwerdeführerin erklärungsbedürftig. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass Letzterer bei ihrer früheren Anstellung als Mitarbeiterin im Direktionssekretariat der B. _____ gewisse Aufgaben Mühe bereiteten und die Probezeit um sechs Monate verlängert wurde. So geht aus der Aktennotiz vom 9. September 2020 insbesondere hervor, dass die Beschwerdeführerin die zentralen Aufgaben der einwandfreien Bewältigung der

E. 29

/ 32 wöchentlichen Traktandierung und des Sitzungsabschlusses trotz eines Handbuchs und der Möglichkeit, jederzeit Fragen zu stellen, nicht vollumfänglich erledigen bzw. die hierfür zur Verfügung stehende Zeit nicht einhalten können. Dabei seien auch gravierende Fehler entstanden, ohne dass die Beschwerdeführerin bei Problemen bzw. Nichtwissen Fragen gestellt habe (vgl. IV-act. 228 S. 15; siehe auch die Angaben der Beschwerdeführerin zu den konkreten krankheitsbedingten Einschränkungen am letzten Arbeitsplatz anlässlich der neuropsychologischen Begutachtung durch lic. phil. J. _____ [IV-act. 259 S. 9]; siehe ferner Bericht von Dr. med. E. _____ vom 1. Juni 2021 [IV-act. 227 S. 3 f.]). In der Folge wurde dieses Arbeitsverhältnis aufgrund mangelnder Leistungen der Beschwerdeführerin per Ende November 2020 gekündigt (vgl. Schreiben des R. _____ vom 9. Oktober 2020 [IV-act. 228 S. 13 f.]; siehe auch Berichte von Dr. med. E. _____ vom 1. Juni 2021 [IV-act. 227 S. 3] und vom 18. Februar 2021 [IV-act. 212 S. 2]). Seither hat die Beschwerdeführerin unstrittig keine neue Erwerbstätigkeit aufgenommen. Indem lic. phil. J. _____ im Rahmen seiner Beurteilung betreffend Schätzung des prämorbidem Intelligenzniveaus bzw. anderer kognitiver Defizite diese die Berufsbiografie der Beschwerdeführerin betreffenden Umstände unberücksichtigt bzw. ungewürdigt liess (vgl. IV-act. 259 S. 15 ff.), greift sie zu kurz. Insofern erweist sich der Sachverhalt ebenfalls als

nicht hinreichend abgeklärt. 11.1. Erachtet das zuständige Sozialversicherungsgericht – wie hier – eine Sache in medizinischer Hinsicht als ungenügend abgeklärt und somit auch die seitens der Verwaltung vorgenommene Beweiswürdigung als unvollständig, verbleibt ihm auch nach der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung die Möglichkeit, die Sache an den zuständigen Versicherungsträger zurückzuweisen, anstatt ein gerichtliches Gutachten zur Klärung einer offenen Frage in Auftrag zu geben. Ein solches ist in der Regel namentlich dann einzuholen, wenn ein (im Verwaltungsverfahren anderweitig) erhobener medizinischer Sachverhalt überhaupt für "gutachterlich abklärungsbedürftig" gehalten wird oder eine Administrativexpertise in rechtserheblichen Punkten nicht ausreichend beweiswertig ist und dieser Mangel nicht alleine durch eine Klarstellung, Präzisierung oder Gutachtensergänzung behoben werden kann (vgl. FURRER, Rechtliche und praktische Aspekte auf dem Weg zum Gerichtsgutachten in der Invalidenversicherung, SZS 1/2019 S. 4 f.; vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4 und 137 V 210 E. 4.4.1.4 f.). Eine Rückweisung an den Versicherungsträger steht dem Versicherungsgericht aber weiterhin in den Fällen offen, in denen die Rückweisung in der Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung

E. 30

/ 32 oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4; KIESER, ATSG-Kommentar, 5. Aufl. 2024, Art. 44 Rz. 75). 11.2. Vorliegend ist die Beschwerdegegnerin ihrer Abklärungspflicht nicht nachgekommen, indem sie den medizinischen Sachverhalt nur lückenhaft abgeklärt und letztlich auf das ABI-Gutachten vom 12. Oktober 2023 abgestellt hat, obwohl dieses keine schlüssige Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Folgenabschätzung enthält, weshalb die massgebliche Frage des Umfangs der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bisweilen immer noch offen ist und ergänzender fachärztlicher Klärung bedarf. Da sich das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin mangels genügender Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts auch nicht gestützt auf die übrige Aktenlage zuverlässig und umfassend einschätzen lässt, erweist sich ein reformatorischer Entscheid im Sinne einer Zusprache von Leistungen der Invalidenversicherung, insbesondere einer Invalidenrente, wie dies von der Beschwerdeführerin im Hauptrechtsbegehren beantragt wird, als verfrüht. Im Einklang mit BGE 137 V 210 ist die Sache daher unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 12. November 2024 zu weiteren Abklärungen hinsichtlich des medizinischen Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Gestützt auf die dannzumal vollständigen medizinischen Unterlagen wird die Beschwerdegegnerin eine neue sachverständige polydisziplinäre Abklärung zu veranlassen haben. Anschliessend wird die Beschwerdegegnerin nach der aufgrund der mitunter somatischen Einschränkungen der Beschwerdeführerin angezeigten Durchführung einer Haushaltsabklärung die Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin neu zu prüfen haben. 12. Insgesamt ergibt sich, dass die Beschwerde gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 12. November 2024 aufzuheben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

E. 31

/ 32 Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 141 V 281 E. 11.1, 137 V 210 E. 7.1 und 132 V 215 E. 6.1). Infolge des Ausgangs des Beschwerdeverfahrens sind die Gerichtskosten somit der

Beschwerdegegnerin zu überbinden (vgl. Art. 73 Abs. 1 VRG).

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