

# GR\_GERICHTE SV1 2025 27 vom 4. Juli 2025

GR Gerichte, 2025-07-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_sv1\\_2025\\_27](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_sv1_2025_27)

FR: GR\_GERICHTE SV1 2025 27 du 4 juillet 2025

IT: GR\_GERICHTE SV1 2025 27 del 4 luglio 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 5. Mai 2025 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 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

### E. 4

/ 30 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 des Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin, welcher angesichts der Anmeldung im September 2022 gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab dem 1. März 2023 (d.h. sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs) entstehen kann. 2.2. Umstritten ist im Allgemeinen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Anspruch auf eine Invalidenrente mangels Vorliegens eines invalidisierenden Gesundheitsschadens verneint hat. Zu prüfen ist somit, ob bei der Beschwerdeführerin ein Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt. 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). Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (statt vieler: BGE 150 V 323 E. 4.1 f., 148 V 174 E. 4.1, 146 V 364 E. 7.1 und 144 V 210 E. 4.3.1; Urteil des Bundesgerichts 8C\_516/2024 vom 25. Februar 2025 E. 2.1), die angefochtene Verfügung nach dem Inkrafttreten der Gesetzesänderungen vom 19. Juni 2020 datiert und der hier umstrittene Rentenanspruch seine Begründung frühestens ab dem 1. März 2023 fände (vgl. Art. 29 Abs. 3 IVG), sind die ab dem 1. Januar 2022 geltenden Normen anwendbar (vgl. Übergangsbestimmungen des IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020 und Übergangsbestimmungen der IVV zur Änderung vom 3. November 2021; siehe ferner Rz. 9100 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über

Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022 [Stand: 1. Januar 2025; <<https://sozialversicherungen.admin.ch/de/d/18452> >)]. 4.1.1. Im Allgemeinen setzt der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung unter anderem voraus, dass die versicherte Person invalid oder von Invalidität unmittelbar bedroht ist. Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (vgl. ferner Art. 4 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise

#### **E. 4.3**

Ein rentenbegründender Invaliditätsgrad liegt gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG vor, wenn eine versicherte Person ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern kann (lit. a), während mindestens eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen ist (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) ist (lit. c). Nach Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 % bis 69 % entspricht der 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. Zur Beurteilung des Gesundheitszustands bzw. der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen zu berücksichtigen:

#### **E. 5**

/ 30 Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Art. 7 Abs. 2 Satz 1 ATSG). 4.1.2. Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach diesen Bestimmungen ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 418 E. 6 und 8.1, 143 V 409 E. 4.5.2 sowie 141 V 281 E. 2.1; Urteil des Bundesgerichts 8C\_660/2022 vom 25. Mai 2023 E. 5.2). Die Diagnose muss lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützt sein (vgl. BGE 140 IV 49 E. 2.4.1 mit Hinweis auf ICD [Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme; von der Weltgesundheitsorganisation {WHO} herausgegeben und weltweit anerkannt] oder DSM [Diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen; Klassifikationssystem der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung]; ferner BGE 136 V 279 E. 3.2.1, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 396 E. 6.6.2 und 6.3; Urteile des Bundesgerichts 8C\_13/2024 vom 9. September 2024 E. 6.3, 9C\_813/2018 vom 13. Februar 2019 E. 4.3.1, 8C\_909/2017 vom 26. Juni 2018 E. 8 und 9C\_393/2017 vom 20. September 2017 E. 5.3.1). Die Annahme einer Invalidität bedingt rechtsprechungsgemäss in jedem Fall ein medizinisches Substrat, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits-

und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat. Wo der Gutachter im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (vgl. BGE 145 V 215 E. 6.3, 139 V 547 E. 5.2, 136 V 279 E. 3.2.1 und 127 V 294 E. 5a; Urteile des Bundesgerichts 8C\_481/2024 vom 4. März 2025 E. 5.2.1, 9C\_468/2021 vom 13. Dezember 2021 E. 2.2.2, 8C\_415/2021 vom 13. Oktober 2021 E. 4.1, 9C\_311/2021 vom 23. September 2021 E. 4.2; vgl. zum Ganzen KIESER,

### **E. 5.1**

Nachdem die Beschwerdeführerin im Oktober 2020 eine COVID 19-Infektion erlitt, wurde sie am 3. November 2020 im Rahmen einer Post-COVID-Untersuchung durch Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Chefarzt Kardiologie an der E.\_\_\_\_\_, untersucht. Dieser

### **E. 5.2**

Im Austrittsbericht Neurorehabilitation vom 29. Juli 2022 betreffend die vom 23. Juni 2022 bis zum 27. Juli 2022 dauernde stationäre Rehabilitationsbehandlung im Spital B.\_\_\_\_\_, diagnostizierte Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Leitender Arzt, ein Long- COVID-Syndrom nach positivem PCR Test im Oktober 2020. Zu Beginn seien eine schwere mentale und physische Fatigue sowie eine Neigung zur Reizüberflutung im Vordergrund gestanden, assoziiert mit muskulären und cephalen Schmerzen. Unter der intensiven interdisziplinären stationären Neurorehabilitation (Physio- und Ergotherapie, Neuropsychologie und aktivierende Pflege) habe die Beschwerdeführerin Fortschritte erzielt (IV-act. 10 S. 8; vgl. auch Kurzaustrittsbericht vom 26. Juli 2022 [IV-act. 5 S. 4]). Als Limitierung in der Physiotherapie habe sich eine erheblich verminderte Belastbarkeit assoziiert mit Nacken- und Kopfschmerz (konstant vorhanden und akzentuiert bei/nach Belastung) erwiesen. Ohne Symptomverstärkung habe die Beschwerdeführerin initial dreimal eine Minute mit einminütiger Pause auf dem Velo-Ergometer trainieren können. Eine aktive Therapie sei für maximal zehn Minuten umsetzbar gewesen (sanfte Mobilisation/Dehnung). Während der zweiten Therapiewoche habe sie einen Crash mit starken Kopfschmerzen ohne deutlichen Auslöser erlitten. Trotz erfreulicher Fortschritte sei die Belastbarkeit weiterhin deutlich vermindert. Nach vorübergehender Akzentuierung sei es zuletzt zur Besserung von Kopf- und Nackenschmerzen gekommen. Velo-Ergometertraining sei für sechsmal eine Minute mit 30-sekündigen Pausen, Gehen im Aussenbereich für 400 bis 500 Meter und eine aktive Therapie (Pilatesübungen mit Fokus auf sanfte Mobilisation/Aktivierung) für maximal 20 Minuten möglich (vgl. IV-act. 10 S. 9). Sodann seien lange Schlafpausen während des Tages zugunsten mehrerer Powernaps ersetzt worden (vgl. IV-act. 10 S. 10). Während der Neuropsychologie habe die Beschwerdeführerin neben mentaler Erschöpfungsneigung Schwierigkeiten beklagt, sich Gelesenes zu merken. In einem Fragebogen zu Fatigue (FSMC; 28.06.22) sei eine schwere kognitive und körperliche Fatigue erhoben worden. Die Selbstbeurteilung hinsichtlich Erleben von Depression und Angst (HADS; 08.07.22) sei unauffällig gewesen. Während der kurzen Dauer der Sitzungen (maximal 90 Minuten) seien keine klaren Anzeichen von Ermüdung oder Leistungsabfall erkennbar gewesen. Allerdings

habe sie mehrfach nach Phasen intensiver kognitiver oder körperlicher Beanspruchung unter Kopfschmerzen gelitten. In Zusammenschau der Befunde sei ein weitestgehend unauffälliges kognitives Leistungsprofil mit Hinweisen auf körperliche und kognitive Fatigue festzustellen. Allerdings sei zu berücksichtigen, dass keine Belastungserprobung habe erfolgen können (vgl. IV-act. 10 S. 9; vgl. neuropsychologischer Austrittsbericht vom 22. Juli 2022 [IV-act. 10 S. 1 ff.]). Die beiden Psychologinnen Dr. phil H.\_\_\_\_\_, Leitende Psychologin, und M.Sc. I.\_\_\_\_\_ hielten in ihrem

### **E. 5.3**

Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Chefarzt Sportmedizin am K.\_\_\_\_\_, wies in seinem Bericht vom 8. November 2022 ein Long-COVID-Syndrom als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus und hielt eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 18. Mai 2022 bis 8. November 2022 fest. Zur aktuellen medizinischen Symptomatik und Situation führte er ein Chronic-Fatigue-Syndrom, Konzentrationsstörungen sowie Kopfschmerzen auf, wobei er bei den Funktionseinschränkungen zusätzlich teilweise Schwindel erwähnte (vgl. IV-act. 24).

### **E. 5.4**

Die RAD-Ärztin L.\_\_\_\_\_ hielt in ihrer Beurteilung vom 14. November 2022 fest, ein erheblicher Gesundheitsschaden sei ausgewiesen, welcher die Beschwerdeführerin seit dem 20. April 2022 in jeglicher Tätigkeit zu 100 % einschränke. Es brauche einige Zeit, bis sie wieder höhergradig belastbar werde (vgl. IV-act. 74 S. 11).

### **E. 5.5**

Am 6. März 2023 fand eine Erstkonsultation in der Kopfschmerzprechstunde an der Universitätsklinik für Neurologie, M.\_\_\_\_\_, statt. Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Oberärztin, stellte in ihrem Bericht vom 5. April 2023 folgende Diagnosen: Verdacht auf chronische Spannungskopfschmerzen sowie ein Post-COVID-19-Syndrom bei/mit motorischer und kognitiver Fatigue, Stand nach COVID-19-Infektion im 10/2020 und Ende 2021 (PCR Test bestätigt). In ihrer Beurteilung führte die Oberärztin aus, die Beschwerdeführerin habe seit einem erneuten "Crash" am 20. April 2022 einen anhaltenden Kopfschmerz, der am ehesten einem chronischen Spannungskopfschmerz entspreche (bifrontal, drückend, mässige Intensität, ohne Nausea, keine Verstärkung durch körperliche Aktivität). Eine Photophobie ist gemäss der Beschwerdeführerin permanent vorhanden, zudem bestehe auch eine Phonophobie, die aber nicht im Zusammenhang mit Kopfschmerzexazerbationen auftrete, sondern auch im Alltag, z.B. beim Einkaufen, bestehe. Dr. med. N.\_\_\_\_\_ wertete diese im Sinne einer generellen Reizüberflutung als eigentliche Begleitsymptome der Kopfschmerzen. Klinisch-neurologisch fänden sich keine fokale neurologischen Ausfälle und die MR- Bildgebung Anfang dieses Jahres sei unauffällig gewesen. Bei der

11 / 30 Beschwerdeführerin sei weiterhin eine ausgeprägte Fatigue vorhanden, die es ihr lediglich erlaube, maximal 20-30 Minuten am Stück eine Tätigkeit auszuüben (vgl. IV-act. 35). Aus der Anamnese geht aus dem Bericht zudem hervor, dass die Beschwerdeführerin mit Geräuschen und vielen Menschen nicht mehr zurechtkomme. Bis Ende Juni 2022 habe sie 18 Stunden pro Tag geschlafen. In der Neurorehabilitation in B.\_\_\_\_\_ habe sie wieder eine Tagesstruktur gelernt mit um 8 Uhr aufstehen und vier bis sechs Mal Powernaps pro Tag. Morgens um 8 Uhr könnte sie jedoch weiterschlafen, sie fühle sich nicht erholt. Sie habe sodann Schwierigkeiten mit Lesen bzw. Gelesenes wiederzugeben. Mit Zahlen habe sie weniger Schwierigkeiten (vgl. IV-act. 35 S. 2). Betreffend Folgekonsultation ist dem

Bericht von Dr. med. O.\_\_\_\_\_, Oberarzt an der Universitätsklinik für Neurologie, M.\_\_\_\_\_, vom 11. Juli 2023 zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin zwar allgemein mehr Energie verspüre, die Kopfschmerzen im Wesentlichen jedoch unverändert seien. Es bestünden weiterhin tägliche Kopfschmerzen, welche mitunter mit Licht- und Lärmempfindlichkeit einhergingen. Als Differenzialdiagnose wurde eine chronische Migräne ohne Aura gestellt (vgl. IV-act. 36).

#### **E. 5.6**

Am 15. November 2023 berichtete die Beschwerdeführerin gegenüber ihrem Berufsberater hinsichtlich ihres gesundheitlichen Zustandes, dass sie aktuell wieder in der Lage sei, 1.7 km zu spazieren, allerdings müsse sie Pausen auf Sitzbänken einlegen. Sie fühle sich müde und müsse am Tag mindestens vier Mal 20 Minuten schlafen. Nach jeder Aktivität, wozu auch das Frühstück gehöre, müsse sie sich wieder hinlegen. Sie leide an Kopfschmerzen, habe schwere Beine, sei lärmempfindlich, es sei ihr oft kalt und sie leide unter Konzentrationsschwierigkeiten (vgl. IV-Verlaufsprotokoll, Eintrag vom 15. November 2023 [IV-act. 40 S. 2]).

#### **E. 5.7**

Am 22. November 2023 fand sodann eine Long-COVID-Sprechstunde bei Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Oberärztin am Neurozentrum des P.\_\_\_\_\_, Leiterin Epileptologie, statt. Letztere wies in ihrem Bericht vom 6. Dezember 2023 ein Post- COVID-19-Syndrom (sekundär) aus. In ihrer Beurteilung hielt sie fest, es bestünden weiterhin frontale holocephale drückende tägliche Kopfschmerzen. Seit kurzer Zeit trage die Beschwerdeführerin eine spezielle Brille. Dadurch bemerke sie eine leichte Linderung der Beschwerden. Ausserdem bestehe neben dem bekannten Fatigue- Syndrom auch eine relevante leistungsabhängige proximale Beinschwäche beidseits, wobei sich in der klinisch neurologischen Untersuchung ein normaler Muskelstatus gezeigt habe. Die Symptome seien weiterhin im Rahmen des Post- COVID-19-Syndroms zu interpretieren. Aufgrund der nach wie vor ausgeprägten Tagesschläfrigkeit (vier bis fünf Mal pro Tag mindestens 20 Minuten schlafen) empfahl Dr. med. C.\_\_\_\_\_ ein Screening für ein Schlafapnoe-Syndrom (vgl. IV-

12 / 30 act. 37). In der Folge berichtete Dr. med. C.\_\_\_\_\_ am 8. Januar 2024 von einem stabilen und leicht verbesserten Zustand, da die Beschwerdeführerin zwar nach wie vor Kopfschmerzen gehabt habe, aber sich schneller habe erholen können (vgl. IV- act. 38). Im Bericht vom 18. März 2024 wird weiterhin über einen stabilen Verlauf jedoch ohne relevante Verbesserung berichtet. Dr. med. C.\_\_\_\_\_ diagnostizierte zusätzlich zum Post-COVID-19-Syndrom chronische Spannungskopfschmerzen im Rahmen der ersten Diagnose. In ihrer Beurteilung führte sie aus, im Vordergrund stünden nach wie vor die schweren Beine, die holocephalen drückenden Kopfschmerzen sowie die kognitive Fatigue. Dr. med. C.\_\_\_\_\_ empfahl das Fortführen des Energiemanagements und Pacingkonzepts, Physiotherapie mit Dry Needling, Magnesium sowie ein Therapieversuch mit Mirtazapin (IV-act. 43).

#### **E. 6**

/ 30 Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 5. Aufl. 2024, Art. 7 N. 16 ff.). 4.2.1. Die Bemessung des Invaliditätsgrades wird in Art. 28a IVG geregelt. Diese richtet sich bei erwerbstätigen Versicherten nach Art. 16 ATSG, wobei der Bundesrat die zur Bemessung des Invaliditätsgrads massgebenden Erwerbseinkommen sowie die anwendbaren

Korrekturfaktoren umschreibt. Mithin ist in diesem Fall ein Einkommensvergleich vorzunehmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen bzw. Einkommen mit Invalidität), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen bzw. Einkommen ohne Invalidität). Gemäss Art. 25 Abs. 2 IVV sind die massgebenden Erwerbseinkommen nach Art. 16 ATSG in Bezug auf den gleichen Zeitraum festzusetzen und richten sich nach dem Arbeitsmarkt in der Schweiz. Soweit für die Bestimmung der massgebenden Erwerbseinkommen statistische Werte herangezogen werden, sind die Zentralwerte der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamts für Statistik massgebend. Andere statistische Werte können beigezogen werden, sofern das Einkommen im Einzelfall nicht in der LSE abgebildet ist. Es sind altersunabhängige und geschlechtsspezifische Werte zu verwenden (Art. 25 Abs. 3 IVV). Die statistischen Werte sind an die betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen und an die Nominallohnentwicklung anzupassen (Art. 25 Abs. 4 IVV). 4.2.2. Nach Art. 26 Abs. 1 Satz 1 IVV bestimmt sich das Einkommen ohne Invalidität (sog. Valideneinkommen) anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens. Hinsichtlich der Bestimmung des Einkommens mit Invalidität (sog. Invalideneinkommen) sieht Art. 26bis Abs. 1 IVV was folgt vor: Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen, so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität (Art. 16 ATSG) angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bestmöglich verwertet. Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten nach Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt (Art. 26bis Abs. 2 Satz 1 IVV). Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit von 50 % oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert 10 % für Teilzeitarbeit abgezogen (Art. 26bis Abs. 3 IVV).

## **E. 6.1**

Vorliegend verneinte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 5. Mai 2025 (vgl. IV-act. 73) einen Leistungsanspruch mit der Begründung, es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vor. Dabei stützte sie sich insbesondere auf das polydisziplinäre SMAB-Gutachten vom 17. Dezember 2024 ab (vgl. IV-act. 63). 6.2.1. 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 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).

13 / 30 6.2.2. 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). 6.2.3. 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 13. Oktober 2022 E. 4.1.1, 8C\_213/2022 vom 4. August 2022 E. 2.3, 8C\_84/2022 vom 19. Mai 2022 E. 2.2 und 8C\_33/2021 vom 31. August 2021 E. 2.2.2). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter auch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 und 125 V 351 E. 3b/cc).

### **E. 6.3**

Zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das SMAB- Gutachten vom 17. Dezember 2024 (IV-act. 63) abgestellt hat oder ob konkrete Indizien gegen dessen Zuverlässigkeit sprechen bzw. dieses von den übrigen medizinischen Akten derart in Zweifel gezogen wird, dass von den gutachterlichen Einschätzungen abzuweichen wäre. 7.

Die Feststellung einer invalidisierenden Gesundheitsbeeinträchtigung erfolgt bei somatoformen Schmerzstörungen (vgl. BGE 141 V 281) wie auch bei sämtlichen psychischen Störungen (vgl. BGE 143 V 409 und 418) nach Vorliegen einer ärztlichen Diagnosestellung anhand eines strukturierten Beweisverfahrens anhand der sogenannten Standardindikatoren. Mit BGE 145 V 215 hat das Bundesgericht diese Rechtsprechung auf fachärztlich diagnostizierte primäre Abhängigkeitssyndrome ausgedehnt, mit Urteil 9C\_106/2019 vom 6. August 2019 auch auf das CFS, sofern die Fatigue und weitere Symptome nicht auf einen somatischen Gesundheitsschaden (ZNS-Erkrankung [Anm. Gericht = entzündliche Erkrankungen des zentralen Nervensystems]) zurückzuführen sind (vgl. dortige E. 2.3.3; mit Hinweis u.a. auf SVR 2018 IV Nr. 31 S. 99; Urteile des Bundesgerichts 8C\_526/2021 vom 10. November 2021 E. 4.2.1, 8C\_350/2017 vom 30. November 2017 E. 5.3 und BGE 139 V 346 E. 2 und E. 3.4). Im strukturierten Beweisverfahren ist der Nachweis des funktionellen Schweregrades und der Konsistenz der Gesundheitsschädigung unter Verwendung sogenannter Indikatoren zu erbringen (vgl. Rz. 1105 KSIR). Die Kategorie "funktioneller Schweregrad" umfasst den Komplex "Gesundheitsschädigung" (mit den Indikatoren "Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde", "Behandlungserfolg oder -resistenz",

#### **E. 7**

/ 30 mit Verweis auf Art. 49 Abs. 1bis IVV in der bis zum 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung). Gemäss dem am 1. Januar 2024 in Kraft getretenen Abs. 3 von Art. 26bis IVV werden neben dem genannten Abzug für Teilzeitarbeit vom statistisch bestimmten Wert pauschal 10 % abgezogen (vgl. Satz 1).

#### **E. 8**

/ 30 stellte die Diagnose eines Status nach COVID-19-Infektion mit Fieber, Geschmacksverlust, Kopf- und Gliederschmerzen und berichtete in anamnestischer Hinsicht, die Beschwerdeführerin gebe nach wie vor eine starke Ermüdbarkeit an. Sie sei schon bei kleinsten Steigungen ausser Atem. Palpitationen, synkopale oder präsynkopale Ereignisse, Schwindelepisoden oder nächtliche Atemnot würden jedoch verneint. In seiner Beurteilung kam Dr. med. D. \_\_\_\_\_ zum Schluss, es bestehe weder respiratorisch noch kardial eine Limitation, die eine Wiederaufnahme des Trainings verbieten würde (vgl. ambulanter Arztbericht vom 20. Dezember 2021 [recte wohl: 2020] [IV-act. 19]). In der Folge diagnostizierte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 25. Februar 2021 ein Asthma bronchiale mit bronchialer Hyperreabilität ED nach erlittener COVID 19-Infektion, sowie COVID 19, ED 10/2020 mit leichtem Verlauf, Fieber, Geschmacksverlust, Kopf- und Gliederschmerzen – aktuell protrahierter Verlauf mit ausgeprägtem Fatigue- Syndrom. Er hielt fest, bei der Beschwerdeführerin zeige sich das postulierte Post-COVID-Fatigue-Syndrom, gegebenenfalls mit einer gewissen reaktiven Erschöpfungsdepressionskomponente. Dem Bericht ist alsdann zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin über ausgeprägte Schlafprobleme mit Ein- und Durchschlafstörungen und ausgeprägte Tagesmüdigkeit klagte (vgl. IV-act. 20). Beinahe ein Jahr später listete Dr. med. D. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 13. Februar 2022 neu als Hauptdiagnose eine Fatigue unklarer Ätiologie auf. Die Beschwerdeführerin berichtete gegenüber dem Kardiologen anlässlich der Sprechstunde vom 9. Februar 2022, während eines Wettkampfes habe sie bereits nach wenigen Kilometern eine plötzliche Leistungseinbusse verspürt. Sie habe das Gefühl gehabt, sie werde bewusstlos. Zusätzlich habe sie Schwindelepisoden gehabt und sei nicht mehr sicher auf den Beinen gestanden. Weiter ist dem Bericht zu entnehmen, dass die

Beschwerdeführerin an extremer Müdigkeit und rascher Erschöpfbarkeit litt. So könne sie zwar mit ihrer Mutter ins F.\_\_\_\_\_ langlaufen, jedoch ohne grosse Freude daran zu haben und mit wenig Leistung. Sodann habe die Beschwerdeführerin ein Schlafbedürfnis von zehn Stunden und mehr. Schon geringe Anstrengungen würden den Schwindel und die Erschöpfung wieder verstärken. Dr. med. D.\_\_\_\_\_ hielt in seiner Beurteilung fest, er könne von kardiovaskulärer Seite keine Erklärung für die dokumentierten Schwindelepisoden sowie das protrahierte Fatigue-Syndrom erkennen. Eine Reaktivierung des Long- COVID sei grundsätzlich möglich, aber wenig wahrscheinlich, da die Beschwerdeführerin einen sehr sukzessiven und wohldosierten Aufbau absolviert und ihre Leistungsfähigkeit ohne Einschränkungen inzwischen höher gelegen habe als noch vor der Corona-Infektion (vgl. IV-act. 22).

### **E. 8.1**

% MWST [CHF 137.49]). Diese berücksichtigt sowohl den praxisgemäss geltenden, reduzierten Stundenansatz für Hilfsorganisationen, zu denen auch die Procap Schweiz zu zählen ist (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. 9**

/ 30

### **E. 9.1**

Mit Blick auf die allgemeinen Beweisanforderungen (vgl. Erwägungen 6.2.1 ff. hiervor) ist festzustellen, dass das SMAB-Gutachten vom 17. Dezember 2024 in Kenntnis der Akten (vgl. IV-act. 63 S. 11 ff.), der von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden und dem Krankheitsverlauf ergangen ist (vgl. IV-act. 63 S. 5, 17 f., 29 ff., 46 und 57 f.). Es basiert auf eigenen klinischen, testologischen und laborchemischen Untersuchungen (vgl. IV-act. 63 S. 20 ff., 33 f., 48 ff. und 58 ff.). Die Gutachterinnen und Gutachter nahmen ferner zu den streitigen Belangen Stellung (vgl. IV-act. 63 S. 5 ff., 22 ff., 36 ff., und 51 ff.). Dabei wiesen sie in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus. Ohne Einfluss darauf seien: ■ Fatigue unklarer Genese (ICD-10: R53) ■ Primärer chronischer Kopfschmerz vom Spannungstyp (DD: chronische Migräne ohne Aura) (ICD-10: G44.2) ■ Anti-cNA1-Antikörper ohne klinische Zuordnung, aktuell kein Hinweis für IBM (ICD-10: R76.0) Dazu hielten die Gutachterinnen und Gutachter fest, bei der polydisziplinären Begutachtung der noch sehr jungen Versicherten hätten fachübergreifend keine objektivierbaren Korrelate für die beklagte Symptomatik gefunden werden können. Vielmehr lägen Inkonsistenzen und eine unauthentische Beschwerdepräsentation in der neuropsychologischen Untersuchung vor, die auf eine bewusstseinsnahe Aggravation hinwiesen. Es sei selbstredend unbefriedigend, wenn die behandlerseitige Arbeitsfähigkeitseinschätzung und die subjektive Selbstwahrnehmung derart krass von einer unabhängigen Expertise abwichen. Am ehesten – auch wenn sich Hinweise auf eine Aggravation ergäben – liege hier wohl eine medizinisch völlig unbegründete negative Selbsteinschätzung im Sinne einer hartnäckigen Krankheitsüberzeugung vor, die durch erheblichen sekundären Krankheitsgewinn aufrechterhalten werde. Die primäre Ursache könnte in der unkritischen Postulierung einer Post-COVID-Problematik mit konsekutiver Arbeitsunfähigkeitsattestierung zu finden sei.

Insofern möge hier auch ein iatrogenes Aspekt vorhanden sein. In zusammenfassender Beurteilung könne keine hinreichend begründbare Minderung der Arbeitsfähigkeit gerechtfertigt werden (vgl.

## **E. 9.2**

Diese gutachterlichen Ausführungen zur Beurteilung der medizinischen Situation und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und zu ihrer Arbeitsfähigkeit vermögen bei einer ganzheitlichen Betrachtungsweise nicht zu überzeugen.

### **E. 9.2.1**

Namentlich ist entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin die Beurteilung der SMAB-Gutachterinnen und -Gutachter zu relativieren, wenn sie der Beschwerdeführerin vorhalten, dass das beklagte Beschwerdebild nicht im Mindesten objektiviert werden können. Wenn sie daraus folgerten, es liege keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vor, da für die beklagte Symptomatik medizinisch-klinisch kein Befundkorrelat habe gefunden werden können, sondern die Diagnose nur auf den subjektiven Angaben bzw. der negativen Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin beruhe, welche eine hartnäckige Krankheitsüberzeugung aufweise und womit ein erheblicher sekundärer Krankheitsgewinn einhergehe (vgl. IV-act. 63 S. 5 ff., 23 und 37), greift dies zu kurz. Denn damit setzten sie sich in Widerspruch zu den bisherigen Beurteilungen des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin durch die behandelnden (Fach-)Ärztinnen und Ärzte, wozu unter anderem auch die auf Post-COVID-19 spezialisierten Fachpersonen des P.\_\_\_\_\_ zählen (vgl. Berichte von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 18. März 2024 [IV-act. 43], vom 8. Januar 2024 [IV-act. 38] und vom 6. Dezember 2023 [IV-act. 37], Bericht von Dr. med. O.\_\_\_\_\_ vom 11. Juli 2023 [IV-act. 36], Bericht von Dr. med. N.\_\_\_\_\_ vom 5. April 2023 [IV-act. 35], Berichte von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 12. März 2024 [IV-act. 41] und vom 8. November 2022 [IV-act. 24], Austrittsbericht von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 29. Juli 2022 [IV-act. 10 S. 8 ff.], Kurzaustrittsbericht von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 26. Juli 2022 [IV-act. 5 S. 4 ff.], Verlaufsbericht des K.\_\_\_\_\_ vom 22. April 2022 [IV-act. 5 S. 1]). Auch RAD-Ärztin L.\_\_\_\_\_ ging in ihrer Beurteilung vom 14. November 2022 davon aus, es liege ein erheblicher Gesundheitsschaden vor, welcher die Beschwerdeführerin in jeglicher Tätigkeit zu 100 % einschränke (vgl. Case Report vom 5. Mai 2025 [IV-act. 74 S. 11]). Die SMAB-Gutachterinnen und -Gutachter verkennen die entsprechenden diagnoserelevanten Befunderhebungen in den aktenkundigen (fach-)ärztlichen Berichten, welche aufgrund des (teilweise langjährigen) Behandlungsverhältnisses auf echtzeitlichen Beobachtungen des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin basieren, und gestützt auf welche die Kriterien für die Diagnose

### **E. 9.2.2**

Abgesehen davon vermag nicht zu überzeugen, wenn die SMAB-Gutachterinnen und -Gutachter aufgrund der nicht validen Befunde in der neuropsychologischen Untersuchung der Beschwerdeführerin eine bewusstseinsnahe Aggravation unterstellten (vgl. SMAB-Gutachten vom 17. Dezember 2024 [IV-act. 63 S. 5]). Denn rechtsprechungsgemäss bedarf die Frage, ob ein Verhalten (nur) verdeutlichend ist oder die Grenze zur Aggravation und vergleichbaren leistungshindernden Konstellationen überschreitet, einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung auf möglichst breiter Beobachtungsbasis auch in zeitlicher Hinsicht (Urteile des Bundesgerichts 8C\_48/2024 vom 17. September 2024 E.

### **E. 9.2.3**

Im Weiteren ist in Übereinstimmung mit der Beschwerdeführerin zu beanstanden, dass es die SMAB-Gutachterinnen und -Gutachter unterlassen haben, sich eingehend mit den vorbefundlichen Diagnosen auseinanderzusetzen und ihre abweichende Einschätzung in nachvollziehbarer Weise zu begründen. Insbesondere befassten sie sich weder mit dem der ICD-10 G93.3-Klassifikation zuzuordnenden und sich nach Einschätzung der genannten Facharztpersonen auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden CFS bzw. ME noch mit dem Long-COVID- Syndrom in der gebührenden Ausführlichkeit. Hinsichtlich der Diagnosekriterien für das CFS bzw. die ME hätte sich eine in Würdigung der Akten vorzunehmende Diskussion der Kanadischen Konsensus-Kriterien aufgedrängt, wonach zur Diagnosestellung eines CFS bzw. einer ME folgende drei Kriterien erfüllt sein müssen:

21 / 30 1. Die Patientin muss unter einem deutlichen Ausmass einer neu aufgetretenen, anderweitig nicht erklärbaren, andauernden oder wiederkehrenden körperlichen oder mentalen Erschöpfung leiden, die zu einer erheblichen Reduktion des Aktivitätsniveaus führt. 2. Erschöpfung, Verstärkung des schweren Krankheitsgefühls und/oder Schmerzen nach Belastung mit einer verzögerten Erholungsphase (mehr als 24 Stunden, kann Tage dauern) 3. Die Symptome können durch jede Art von körperlicher oder mentaler Anstrengung oder Stress verschlechtert werden. Zusätzlich müssen folgende Beeinträchtigungen vorliegen: 4. Schlafstörungen: Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, veränderter Tag-Nacht- Rhythmus, Schlaf führt zu keiner Erholung 5. Schmerzen: Gelenk-, Muskel- oder Kopfschmerzen Des Weiteren müssen zwei oder mehr der folgenden neurologischen bzw. kognitiven Manifestationen gegeben sein: 6. Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit und des Kurzzeitgedächtnisses 7. Schwierigkeiten mit der Informationsverarbeitung 8. Wortfindungsschwierigkeiten 9. Lesestörungen 10. Es kann zu Überbelastungserscheinungen kommen (Rückfälle und/oder Ängste) durch zu viele Informationen, zu viele Sinneseindrücke (z.B. Licht/Lärm) oder zu viel Stress 11. Wahrnehmungs- und Sinnesstörungen 12. Desorientierung oder Verwirrung 13. Ataxien Ferner muss mindestens ein Symptom in mindestens zwei der folgenden drei Kategorien erfüllt sein: 14. Autonome Manifestationen: a. Schnelle Lagewechsel (v.a. Liegen zum Stehen) führen zu Schwindel und/oder "Schwarzwerden vor Augen" b. Bei Lagewechsel tritt Herzrasen auf (POTS) c. Schwindel und Benommenheit d. Extreme Blässe e. Darmstörungen f. Blasenstörungen g. Palpitation (Herzklopfen) h. Vasomotorische Instabilität

22 / 30 i. Atemnot bei leichter Belastung 15. Neuroendokrine Manifestationen: a. Störung bei der Anpassung der Körpertemperatur b. Schwitzen, fiebriges Gefühl c. Intoleranz gegenüber Hitze/Kälte d. Kalte Extremitäten (kalte Hände/Füsse) e. Gewichtszunahme oder abnormaler Appetit f. Gewichtsabnahme g. Verlust der Anpassungsfähigkeit und der Toleranz gegenüber Stress, Verstärkung der Symptome durch Stress sowie langsame Erholung und emotionale Labilität 16. Immunologische Manifestationen: a. Schmerzhaftes Lymphknoten b. Wiederkehrende Halsschmerzen c. Grippeähnliche Symptome und/oder allgemeines Krankheitsgefühl d. Entwicklung bisher noch nicht aufgetretener Allergien oder Veränderungen im Zustand bereits vorliegender Allergien e. Überempfindlichkeit/Unverträglichkeit gegenüber Nahrungsmitteln, Medikamenten, Chemikalien Schliesslich muss die Erkrankung seit mindestens sechs Monaten bestehen (vgl. Kanadische Kriterien für die Diagnose CFS/ME, abrufbar unter

[https://cfc.charite.de/fileadmin/user\\_upload/microsites/kompetenzzentren/cfc/ZZ\\_anteile\\_Dateien/Landing\\_Page/Kanadische\\_Kriterien\\_mitAuswertung.pdf](https://cfc.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/kompetenzzentren/cfc/ZZ_anteile_Dateien/Landing_Page/Kanadische_Kriterien_mitAuswertung.pdf)). Im SMAB-Gutachten vom 17. Dezember 2024 äusserte sich einzig die neurologische Gutachterin S.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, zu den Kanadischen Konsensus-Kriterien. Dabei verneinte sie das Vorliegen einer Schlafstörung bzw. eines unerholsamen Schlafs sowie von autonomen und neuroendokrinen Manifestationen. Zudem erachtete sie die subjektiv bejahten kognitiven Symptome als nicht objektivierbar und eine immunologische Manifestation als fraglich (vgl. IV-act. 63 S. 35 f.). Gestützt darauf befand sie, die Kanadischen Konsensus-Kriterien für ein CFS seien nicht im erforderlichen Umfang erfüllt, um die Diagnose stellen zu können, da insbesondere die erforderlichen autonomen und neuroendokrinen Manifestationen fehlten (vgl. IV-act. 63 S. 38). Dem hielt indes Dr. med. C.\_\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom

#### **E. 9.2.4**

Im Weiteren verneinte die neurologische SMAB-Gutachterin S.\_\_\_\_\_ das Vorliegen eines Post-COVID-19-Syndroms, weil bei der Beschwerdeführerin weder nach der akuten COVID-19-Phase oder deren Behandlung aufgetretene Symptome fortbeständen noch neue, nach dem Ende der akuten COVID-19-Phase aufgetretene Symptome beständen, welche als Folge der SARS-CoV-2-Infektion

24 / 30 verstanden werden könnten, noch eine Verschlechterung einer vorbestehenden Erkrankung infolge einer SARS-CoV-2-Infektion vorliege. Zwar sei die Symptomatik initial unmittelbar nach der Infektion aufgetreten. Diese sei danach jedoch vollständig abgeklungen. Die Beschwerdeführerin habe im sportlichen Bereich zwischenzeitlich sogar Leistungen erzielen können, welche über dem Ausgangsniveau gelegen hätten, so dass für die aktuell beklagte Symptomatik kein mittelbarer Zusammenhang zu der ursprünglich stattgehabten Infektion mehr bestehe (vgl. SMAB-Gutachten vom 17. Dezember 2024 [IV-act. 63 S. 38]). Soweit somit das Vorliegen eines Post-COVID-19-Syndroms gutachterlicherseits aufgrund eines beschwerdefreien Intervalls verneint wurde, entgegnete Dr. med. C.\_\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 25. Februar 2025, eine solche Argumentation widerspreche der WHO-Definition des Post-COVID-19-Syndroms, welche explizit beschreibe, dass Symptome nach einer anfänglichen Erholung neu auftreten oder in Form von Fluktuationen und Rezidiven bestehen bleiben könnten (vgl. IV-act. 70 S. 4). Dies ergibt sich aus der im Rahmen der WHO (gestützt auf einen Delphi- Konsens) erarbeiteten klinischen Definition des Post-COVID-19-Zustands, welche wie folgt lautet: "Post COVID-19 condition occurs in individuals with a history of probable or confirmed SARS- CoV-2 infection, usually 3 months from the onset of COVID-19 with symptoms that last for at least 2 months and cannot be explained by an alternative diagnosis. Common symptoms include fatigue, shortness of breath, cognitive dysfunction but also others which generally have an impact on everyday functioning. Symptoms may be new onset, following initial recovery from an acute COVID-19 episode, or persist from the initial illness. Symptoms may also fluctuate or relapse over time." (vgl. WHO, A clinical case definition of post COVID- 19 condition by a Delphi consensus, 6. Oktober 2021, abrufbar unter <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345824/WHO-2019-nCoV-Post-COVID-19-condition-Clinical-case-definition-2021.1-eng.pdf?sequence=1>). Mithin muss der Verlauf keine persistierenden Symptome aufweisen, sondern kann auch rezidivierend oder fluktuierend sein. Daher ist Dr. med. C.\_\_\_\_\_ darin beizupflichten, wenn sie in ihrer Stellungnahme vom 25. Februar 2025 ausführte, eine zwischenzeitliche Besserung schliesse

die Diagnose eines Post-COVID-19- Syndroms nicht aus (vgl. IV-act. 70 S. 4 m.H.a. die Studie "Investigating the fluctuating nature of post-COVID pain symptoms in previously hospitalized COVID- 19 survivors: the LONG-COVID-EXP multicenter study", 2024, abrufbar unter <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11029971/>); siehe ferner Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 12. März 2024 [IV-act. 41]). Ihre Ausführungen vermögen somit fraglos Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung zu wecken.

### **E. 9.2.5**

Im Weiteren kam der neuropsychologischen Abklärung im Rahmen der Begutachtung durch die SMAB AG massgebliches Gewicht zu. Dr. phil. T.\_\_\_\_\_, Fachpsychologe für Neuropsychologie, kam darin aufgrund der durchgeführten Testungen zusammenfassend zum Schluss, in der Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf Beschwerden ergeben, welche die beschriebenen Auffälligkeiten erklären könnten. Unter Berücksichtigung der Befunde seien die Kriterien für das wahrscheinliche Vorliegen von suboptimalem Leistungsverhalten gemäss Slick et al. (1999) erfüllt. Es liege überwiegend wahrscheinlich eine negative Antwortverzerrung vor (vgl. SMAB-Gutachten vom 17. Dezember 2024 [IV-act. 63 S. 63]). Zur Arbeitsfähigkeit führte er ferner aus, dass in der neuropsychologischen Untersuchung unterdurchschnittliche Leistungen zu beobachten seien. Aufgrund der Konfundierung von Begabung und Ausbildung bei Leistungstests und des überwiegend wahrscheinlich suboptimalen Leistungsverhaltens sei eine zuverlässige Interpretation der erbrachten Resultate nicht möglich. Das Ausmass von möglicherweise tatsächlich vorliegenden Einschränkungen lasse sich daher nicht festlegen. Da eine zuverlässige Interpretation der Befunde nicht möglich sei, seien keine Befunde objektivierbar und reproduzierbar, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit valide begründen könnten (vgl. IV-act. 63 S. 64). Diese Ergebnisse wurden sodann aber nicht – wie von der Rechtsprechung 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; siehe ferner Urteile des Bundesgerichts 8C\_556/2024 vom 29. April 2025 E. 4.2.1 und 9C\_282/2023 vom 28. August 2023 E. 4.2.8) – von der psychiatrischen oder neurologischen Facharztperson mit Blick auf plausible Alternativerklärungen im Sinne entsprechender Störungen in ihrer Beurteilung gewürdigt. Vielmehr liessen es die Gutachterinnen und Gutachter im Wesentlichen bei der Wiedergabe der Ergebnisse der neuropsychologischen Abklärung bewenden (vgl. SMAB-Gutachten vom 17. Dezember 2024 [IV-act. 63 S. 34 f. und 50]), wobei im Rahmen der Konsistenzprüfung auf nicht objektivierbare Einschränkungen hingewiesen und eine Diagnose ausgeschlossen wurde (vgl. IV- act. 63 S. 37 und 51 f.). Allerdings wies Dr. med. C.\_\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 25. Februar 2025 darauf hin, dass Patientinnen mit einem Post-COVID-19- Syndrom und insbesondere einer ME bzw. eines CFS eine stark schwankende kognitive Leistungsfähigkeit aufwiesen, die auch innerhalb kurzer Zeit erheblich ändern könne. Ausserdem seien eine post-exertional malaise (PEM) und Fatigue gut dokumentierte Phänomene, die zu einer raschen Erschöpfung während der Testung führen könnten (vgl. IV-act. 70 S. 4). Ferner wurde im Rahmen einer anlässlich der stationären Neurorehabilitation im Sommer 2022 durchgeführten neuropsychologischen Abklärung ein weitgehend unauffälliges kognitives Leistungsprofil mit Hinweisen auf eine körperliche und kognitive Fatigue festgestellt,

### **E. 9.2.6**

Soweit die SMAB-Gutachterinnen und -Gutachter auf einen durchaus strukturierten aktiven Alltag mit Spazieren, Fahrradfahren und Fernsehen sowie einer Fernreise hinweisen (vgl.

SMAB-Gutachten vom 17. September 2024 [IV-act. 63 S. 5 und 51]), ist zwar nicht von der Hand zu weisen, dass die Beschwerdeführerin über gewisse erhaltene Ressourcen verfügt. Diese sind indes insoweit zu relativieren, als sie anamnestisch lediglich einen Kilometer spazieren bzw. zwei Kilometer Fahrrad fahren könne, bevor sie eine Pause benötige, und auch tagsüber viermal einen Kurzschlaf einlege, um sich auszuruhen (vgl. IV-act. 63 S. 18 f., 30 f., 46 f. und 57 f.; siehe ferner Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 6. Dezember 2023 [IV-act. 37], Bericht von Dr. med. N.\_\_\_\_\_ vom 5. April 2023 [IV-act. 35] und IV-Verlaufsprotokoll, Eintrag vom 15. November 2023 [IV-act. 40 S. 2]). Ferner habe sie den Langlaufsport aufgeben müssen, den sie früher im Umfang von 15 bis 20 Stunden pro Woche im Hochleistungsbereich ausgeübt habe (vgl. IV-act. 63 S. 18 und 46). Zudem fahre sie aufgrund der Erschöpfung kein Auto mehr und meide öffentliche Verkehrsmittel wegen der Lärmbelästigung und Reizüberflutung (vgl. IV-act. 63 S. 20, 32 und 47). Diese Umstände deuten im Vergleich zu gleichaltrigen jungen Frauen auf ein reduziertes Aktivitätsniveau hin.

### **E. 9.2.7**

Im Weiteren erscheint erklärungsbedürftig, weshalb die neurologische Gutachterin S.\_\_\_\_\_ zwar in Übereinstimmung mit den behandelnden Fachpersonen einen primären chronischen Kopfschmerz vom Spannungstyp diagnostizierte (vgl. SMAB-Gutachten vom 17. Dezember 2024 [IV-act. 63 S. 38]; vgl. ferner Bericht von Dr. med. O.\_\_\_\_\_ vom 11. Juli 2023 [IV-act. 36], Bericht von Dr. med. N.\_\_\_\_\_ vom 5. April 2023 [IV-act. 35], Austrittsbericht von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 29. Juli 2022 [IV-act. 10 S. 8 ff.]), diesen jedoch ohne nähere Begründung trotz des von der Beschwerdeführerin angegebenen täglichen, ständigen, starken und zermürenden Kopfschmerzes (vgl. IV-act. 63 S. 31), welcher auch in den Akten dokumentiert ist (vgl. Berichte von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 18. März 2024 [IV-act. 43] und vom 6. Dezember 2023 [IV-act. 37], Bericht von Dr. med. O.\_\_\_\_\_ vom 11. Juli 2023 [IV-act. 36], Bericht von Dr. med. N.\_\_\_\_\_ vom 5. April 2023 [IV-act. 35], Austrittsbericht von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 29. Juli 2022 [IV-act. 10 S. 8 ff.], Kurzaustrittsbericht von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 26. Juli 2022 [IV-

### **E. 9.2.8**

Ferner greift es mit Blick auf das psychiatrische SMAB-Teilgutachten zu kurz, wenn es Gutachterin R.\_\_\_\_\_ in ihrer medizinischen Beurteilung neben dem im Untersuch festgehaltenen blanden Psychostatus dabei bewenden liess, festzustellen, in der Aktenlage fänden sich weder psychiatrische Befunde noch Hinweise auf eine psychiatrische Beteiligung, um sodann keine psychiatrische Diagnose zu stellen (vgl. SMAB-Gutachten vom 17. Dezember 2024 [IV-act. 63 S. 51 f.]). Angesichts des Umstands, dass das Beschwerdebild interdisziplinär nicht durch medizinische Befunde objektiviert werden konnte (vgl. IV-act. 63 S. 5), hätte sich aus psychiatrischer Sicht insbesondere eine Diskussion einer möglichen Somatisierungsstörung aufgedrängt. Denn eine solche zeichnet sich durch anhaltende multiple und unterschiedliche körperliche Symptome aus, für die keine ausreichende somatische Erklärung gefunden wurde (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 225). Gleichermassen bemängelte der internistische Gutachter Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ die fehlende Vornahme einer psychiatrisch bzw. psychosomatischen Abklärung (vgl. SMAB-Gutachten vom 17. Dezember 2024 [IV-act. 63 S. 23]) und auch Dr. med. C.\_\_\_\_\_ erachtete eine psychosomatische Beurteilung durch eine spezialisierte Fachärztin für sinnvoll (vgl. IV-act.

70 S. 5; siehe ebenso neuropsychologischer Austrittsbericht von Dr. phil. H. \_\_\_\_\_ und M.Sc. I. \_\_\_\_\_ vom 22. Juli 2022 [IV- act. 10 S. 1 ff.]). Insoweit erweist sich der rechtserhebliche Sachverhalt als ungenügend abgeklärt.

## **E. 10**

/ 30 neuropsychologischen Austrittsbericht vom 22. Juli 2022 sodann fest, differentialdiagnostisch wäre in der weiterführenden Behandlung bei dem untypischen Verlauf mit zunehmender Zustandsverschlechterung, sofern sich keine andere medizinische Erklärung finde, die psychische/psychosomatische Komponente bzw. zumindest deren zusätzlicher Einfluss auf die verminderte Belastbarkeit zu evaluieren und therapeutisch einzubeziehen (vgl. IV-act. 10 S. 1- 3). Dr. med. G. \_\_\_\_\_ attestierte sodann eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis zum

### **E. 10.1**

Insgesamt betrachtet stellt das SMAB-Gutachten vom 17. Dezember 2024 keine beweismässige Beurteilung dar, mit welcher das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens in nachvollziehbar begründeter Weise verneint worden wäre. Darauf kann somit nicht abgestellt werden. Erachtet das zuständige Sozialversicherungsgericht – wie hier – eine Sache in medizinischer Hinsicht als ungenügend abgeklärt und somit auch die seitens der Verwaltung vorgenommene Beweismässigkeit als unvollständig, verbleibt ihm auch nach der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung die Möglichkeit, die Sache an den zuständigen Versicherungsträger zurückzuweisen, anstatt ein gerichtliches

### **E. 10.2**

Vorliegend ist die Beschwerdegegnerin ihrer Abklärungspflicht nicht nachgekommen, indem sich der rechtserhebliche Sachverhalt als unzureichend abgeklärt präsentiert und letztlich auf das SMAB-Gutachten vom 17. Dezember 2024 abgestellt wurde, 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 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, 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 5. Mai 2025 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 Begutachtung zu veranlassen haben. Zudem wird die Beschwerdegegnerin die Statusfrage näher zu untersuchen und gegebenenfalls eine Abklärung der Einschränkungen im anerkannten Aufgabenbereich zu veranlassen haben, bevor sie die Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin neu zu prüfen und darüber zu verfügen hat. 11. Insgesamt ergibt sich, dass die Beschwerde gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 5. Mai 2025 aufzuheben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. 12.1. Laut Art. 69 Abs. 1bis IVG i.V.m. Art. 61 lit. f bis 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 Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges

#### **E. 14**

/ 30 Insbesondere lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten (vgl. dazu BGE 124 I 170 E. 4) andererseits nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen oder Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben immerhin die Fälle, in denen sich eine vom (amtlichen) Gutachten abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte wichtige – nicht rein der subjektiven Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 f.; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_502/2022 vom 17. April 2023 E. 5.1, 8C\_80/2022 vom 4. Mai 2022 E. 4, 8C\_787/2021 vom 23. März 2022 E. 11.2.2, 8C\_736/2021 vom 22. März 2022 E. 5.2 und 8C\_764/2021 vom 3. März 2022 E. 4.2).

#### **E. 15**

/ 30 "Eingliederungserfolg oder -resistenz" und "Komorbiditäten"), den Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) und den Komplex "Sozialer Kontext". Die Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens) umfasst die Komplexe "Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen" und "Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck" (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1.3; Rz. 1105 KSIR bzw. Anhang I des KSIR). Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist (vgl. BGE 145 V 215 E. 7, BGE 143 V 418 E. 7.1; vgl. dazu auch Urteile des Bundesgerichts 8C\_560/2023 vom 18. Januar 2024 E. 7.4.2, 9C\_38/2022 vom 24. Mai 2022 E. 4.6, 9C\_587/2021 vom 31. Januar 2022 E. 4.1 und 9C\_197/2018 vom 5. Juni 2018 E. 7). Die Frage der Notwendigkeit in diesem Sinne beurteilt sich nach dem konkreten Beweisbedarf. Ein strukturiertes Beweisverfahren bleibt etwa dann entbehrlich, wenn für eine – länger dauernde (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) – Arbeitsunfähigkeit nach bestehender Aktenlage keine Hinweise bestehen oder eine solche im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (vgl. BGE 145 V 215 E. 7, BGE 143 V 409 E. 4.5.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_443/2023 vom 28. Februar 2025 E. 4). 8. Im Sozialversicherungsrecht gilt grundsätzlich der Untersuchungsgrundsatz, wobei die Auskunftspflicht und Mitwirkungspflicht der Leistungen beanspruchenden Person zu berücksichtigen ist. Die Behörde hat, wo notwendig, den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, ohne dabei an die Anträge der Parteien gebunden zu sein (vgl. Art. 43 Abs. 1 und 3 ATSG; KIESER, a.a.O., Art. 43 N. 14 ff. und N. 93 ff.). Die

Untersuchungspflicht gilt sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch grundsätzlich im kantonalen Gerichtsverfahren (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Die Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Wenn der Versicherungsträger oder das kantonale Sozialversicherungsgericht im Rahmen einer umfassenden, sorgfältigen, objektiven und inhaltsbezogenen Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt überwiegend wahrscheinlich sei, steht dies einer antizipierten Beweiswürdigung nicht entgegen. Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. BGE 146 V 240 E. 8.1

#### **E. 16**

/ 30 f.; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_138/2024 vom 3. Juli 2024 E. 4.4, 9C\_484/2022 vom 11. Januar 2023 E. 4.2, 8C\_288/2021 vom 26. Oktober 2021 E. 3.2.1 und 8C\_398/2018 vom 5. Dezember 2018 E. 3.1). Kommt die Verwaltung ihrer Abklärungspflicht nicht oder nicht genügend nach, kann die Sache aus diesem Grund an sie zurückgewiesen werden (vgl. BGE 132 V 368 E. 5).

#### **E. 17**

/ 30 IV-act. 63 S. 6). Die Gutachterinnen und Gutachter erachteten die Beschwerdeführerin sowohl in der angestammten Tätigkeit als Verwaltungsangestellte sowie in adaptierten Tätigkeiten seit April 2022 zu 100 % arbeitsfähig (vgl. IV-act. 63 S. 7 f.).

#### **E. 18**

/ 30 eines Long-COVID-Syndroms oder eines CFS bzw. einer ME als erfüllt erachtet und diesem Krankheitsbild funktionelle Auswirkungen zugeschrieben wurde (vgl. Stellungnahme von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 25. Februar 2025 [IV-act. 70 S. 3 ff.], Berichte von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 18. März 2024 [IV-act. 43] und vom 6. Dezember 2023 [IV-act. 37], Bericht von Dr. med. O.\_\_\_\_\_ vom 11. Juli 2023 [IV-act. 36], Bericht von Dr. med. N.\_\_\_\_\_ vom 5. April 2023 [IV-act. 35], Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 8. November 2022 [IV-act. 24], Austrittsbericht von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 29. Juli 2022 [IV-act. 10 S. 8 ff.], Kurzaustrittsbericht von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 26. Juli 2022 [IV-act. 5 S. 4 ff.], neuropsychologischer Austrittsbericht von Dr. phil. H.\_\_\_\_\_ und M.Sc. I.\_\_\_\_\_ vom 22. Juli 2022 [IV-act. 10 S. 1 ff.], Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 25. Februar 2021 [IV-act. 20]). Die bereits während der Tätigkeit als Verwaltungsangestellte aufgetretenen und nach einem vorübergehenden Abklingen im Verlauf wieder verstärkt aufgetretenen Symptome mit u.a. ausgeprägter Fatigue bzw. Erschöpfung, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Lärm- und Lichtempfindlichkeit, muskulären Schmerzen, einer proximalen Beinschwäche, Übelkeit, Schwindel, Konzentrationsstörungen und häufigem Frieren (vgl. Berichte von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 18. März 2024 [IV-act. 43] und vom 6. Dezember 2023 [IV-act. 37], Bericht von Dr. med. O.\_\_\_\_\_ vom 11. Juli 2023 [IV-act. 36], Bericht von Dr. med. N.\_\_\_\_\_ vom 5. April 2023 [IV-act. 35], Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 8. November 2022 [IV-act. 24], Austrittsbericht von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 29. Juli 2022 [IV-act. 10 S. 8 ff.], Kurzaustrittsbericht von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 26. Juli 2022 [IV-act. 5 S. 4 ff.], neuropsychologischer Austrittsbericht von Dr. phil. H.\_\_\_\_\_ und M.Sc. I.\_\_\_\_\_ vom 22. Juli 2022 [IV-act. 10 S. 1 ff.], Verlaufsbericht des K.\_\_\_\_\_ vom 1. Juni 2022 [IV-act. 5 S. 1], Berichte von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 13. Februar 2022 [IV-act. 21], vom 25. Februar

2021 [IV-act. 20] und vom

## **E. 20**

Dezember 2021 [recte wohl: 2020] [IV-act. 19]; siehe ferner Erstgespräch mit der Berufsberatung vom 27. September 2022 [IV-act. 13]), welche Anlass zu umfangreichen diagnostischen Abklärungen sowie zur Durchführung verschiedener (stationär-)therapeutischer und medikamentöser Behandlungstherapien gegeben haben (vgl. Berichte von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 18. März 2024 [IV-act. 43] und vom 6. Dezember 2023 [IV-act. 37], Bericht von Dr. med. O. \_\_\_\_\_ vom 11. Juli 2023 [IV-act. 36], Bericht von Dr. med. N. \_\_\_\_\_ vom 5. April 2023 [IV-act. 35], Bericht von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 8. November 2022 [IV-act. 24], Austrittsbericht von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 29. Juli 2022 [IV-act. 10 S. 8 ff.] und Kurzaustrittsbericht von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 26. Juli 2022 zur stattgehabten stationären Neurorehabilitation im Spital B. \_\_\_\_\_ vom 23. Juni 2022 bis zum 27. Juli 2022 [IV-act. 5 S. 4 ff.]), und aufgrund welcher die damals semiprofessionell Langlaufsport betreibende Beschwerdeführerin den Leistungssport aufgab und auch ihre Ausbildung abbrach (vgl. Krankheitsverlauf vom 30. September 2022 [IV-act. 10 S. 13 f.]), was mithin

19 / 30 Ausdruck eines erheblichen Leidensdrucks ist, damit abzutun, dass während der klinischen Begutachtung und deshalb – auch rückblickend seit April 2022 – keine objektivierbare Begründung der Beschwerden bestehe (vgl. SMAB-Gutachten vom 17. Dezember 2024 [IV-act. 63 S. 7 f., 22, 37 und 52]), wird der komplexen Gesundheitssituation der Beschwerdeführerin nicht gerecht. Letzterer ist gestützt auf die Stellungnahme von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 25. Februar 2025 auch darin beizupflichten, dass die vorgenannten Symptome weder in der gutachterlichen Anamneseerhebung vertieft erfragt noch im Rahmen der Untersuchung und Befundung systematisch erhoben worden sind (vgl. SMAB-Gutachten vom 17. Dezember 2024 [IV-act. 63 S. 18 ff., 31 ff., 46 ff. und 57 ff.]; siehe Stellungnahme von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 25. Februar 2025 [IV-act. 70 S. 4]). Ebenso wenig fand eine eingehende Auseinandersetzung damit in der (versicherungs-)medizinischen Beurteilung statt (vgl. SMAB-Gutachten vom 17. Dezember 2024 [IV-act. 63 S. 5 ff., 22 ff., 36 ff. und 51 ff.]), obwohl die Beschwerdeführerin angab, dass die Begutachtung sehr streng und sie aufgrund der Untersuchungen sehr erschöpft sei (vgl. IV-act. 63 S. 48), und sie auch um Pausen während der Begutachtung bat (vgl. IV-act. 63 S. 20, 48 und 59). Gleichermassen greift es zu kurz, die fremdanamnestischen Angaben der Mutter der Beschwerdeführerin, welche die beklagten Einschränkungen des Aktivitätsniveaus bestätigte (vgl. SMAB-Gutachten vom 17. Dezember 2024 [IV-act. 63 S. 37]), damit zu verwerfen, dass diese einem "bias" unterliege, ohne näher darauf einzugehen und ihre Schilderungen zu diskutieren.

## **E. 23**

November 2020 E. 4.2, 9C\_520/2019 vom 22. Oktober 2019 E. 6.1, 9C\_658/2018 vom 11. Januar 2019 E. 4.1 und 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.2, in: SVR 2015 IV Nr. 38 S. 121). Mithin geht es nicht an, lediglich auf die Ergebnisse des neuropsychologischen Teilgutachtens neben den anlässlich der Begutachtung erhobenen klinischen Befunden abzustellen, um auf einen eine versicherte Gesundheitsschädigung ausschliessenden Grund zu schliessen.

20 / 30 Vorliegend bedarf es vielmehr einer sorgfältigen Prüfung des Krankheitsverlaufs der Beschwerdeführerin anhand der echtzeitlichen Berichte und in Berücksichtigung ihrer

beruflichen, sportlichen und persönlichen Vita. Demnach kann auch nicht aufgrund einer Inkonsistenz zwischen der angegebenen Arbeitsunfähigkeit und dem geschilderten Tagesablauf bzw. einer Fernreise (vgl. SMAB-Gutachten vom 17. Dezember 2024 [IV-act. 63 S. 5 und 51]) ohne Weiteres von einer jeglichen Anspruch ausschliessenden Aggravation ausgegangen werden. Denn damit besteht – wie von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung verlangt (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.2; Urteile des Bundesgerichts 8C\_48/2024 vom 17. September 2024 E. 7.1 und 8C\_165/2021 vom 2. Juli 2021 E. 4.2.1) – nicht Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf einen verselbständigten, krankheitswertigen Gesundheitsschaden zurückzuführen wäre. Im Weiteren geht aus dem SMAB- Gutachten vom 17. Dezember 2024 hervor, dass der internistische Gutachter Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, keine Hinweise auf eine gezielte Aggravation oder Simulation feststellen konnte und der Beschwerdeführerin eine gute Kooperation attestierte (vgl. IV-act. 63 S. 20). Gleichermassen hielt die psychiatrische Gutachterin R.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, in ihrer Verhaltensbeobachtung fest, die Beschwerdeführerin habe kooperativ gewirkt und motiviert an der Untersuchung mitgewirkt (vgl. IV-act. 63 S. 48). Diese Anzeichen sprechen gegen das Vorliegen einer bewusstseinsnahen Aggravation.

#### **E. 25**

/ 30

#### **E. 26**

/ 30 wobei die Beschwerdeführerin anlässlich der Testung mehrfach nach Phasen intensiver kognitiver oder auch körperlicher Beanspruchung an leichten bis starken Kopfschmerzen gelitten habe (vgl. neuropsychologischer Austrittsbericht von Dr. phil. H.\_\_\_\_\_ und M.Sc. I.\_\_\_\_\_ vom 22. Juli 2022 [IV-act. 10 S. 1 ff.]). Eine eingehende gutachterliche Würdigung der neuropsychologischen Testergebnisse ist daher nachzuholen.

#### **E. 27**

/ 30 act. 5 S. 4 ff.], neuropsychologischer Austrittsbericht von Dr. phil. H.\_\_\_\_\_ und M.Sc. I.\_\_\_\_\_ vom 22. Juli 2022 [IV-act. 10 S. 1 ff.], Verlaufsbericht des K.\_\_\_\_\_ vom 18. August 2022 [IV-act. 5 S. 3]), lediglich den Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zuschrieb, zugleich aber eine flexible Arbeitszeit- und Pausenregelung, Lärmschutzmassnahmen und eine Reduzierung von Publikumsverkehr empfahl (vgl. IV-act. 63 S. 39).

#### **E. 28**

/ 30 Gutachten zur Klärung einer offenen Frage in Auftrag zu geben (vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4 und 137 V 210 E. 4.4.1.4 f.).

#### **E. 29**

/ 30 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). 12.2. 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 (Honorarverordnung; 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. 12.3. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin reichte aufforderungsgemäss am 24. Juni 2025 eine Honorarnote ein. Das geltend gemachte Honorar beläuft sich auf insgesamt CHF 1'834.95 (bestehend aus einem Aufwand von 10.3 Stunden à CHF 160.00 [CHF 1'648.00] zzgl. einer Spesenpauschale von 3 % [CHF 49.45] und

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