

GR_GERICHTE SV1 2025 43 vom 20. November 2025

GR Gerichte, 2025-11-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_sv1_2025_43

FR: GR_GERICHTE SV1 2025 43 du 20 novembre 2025

IT: GR_GERICHTE SV1 2025 43 del 20 novembre 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 1. Juli 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

E. 5

/ 24 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 April 2023 gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab dem 1. Oktober 2023 (d.h. sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs), sofern bis dahin das Wartejahr erfüllt war (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). In Bezug auf das Wartejahr ist festzuhalten, dass dieses unstreitig als per November 2023 erfüllt zu betrachten ist (vgl. Case Report [IV-act. 213 S. 14]). Hinsichtlich des Rentenanspruchs ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin während der Eingliederungsmassnahme vom 1. August 2023 bis zum 31. Dezember 2023 ein Taggeld bezog (vgl. Verfügung vom 12. Oktober 2023 [IV-act. 76] und Case Report [IV-act. 213 S. 16]), weshalb sie für diesen Zeitraum ohnehin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat (vgl. Art. 29 Abs. 2 IVG; BGE 126 V 241 E. 5; Urteile des Bundesgerichts 9C_380/2021 vom 31. Januar 2022 E. 5.1, 9C_689/2019 vom 20. Dezember 2019 E. 3.1 ff., 9C_450/2019 vom 14. November 2019 E. 3.3.1 f., 8C_202/2015 vom 21. Mai 2015 E. 2 und 9C_672/2008 vom 23. Oktober 2008 E. 4.2; MEYER/REICHMUTH, in: Stauffer/Cardinaux [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 4. Aufl. 2022, Art. 22 Rz. 15, Art. 29 Rz. 10 ff. und Art. 43 Rz. 2). 2.2. Unbestritten ist das Einkommen ohne Invalidität, welches auf der Basis des effektiven Einkommens bestimmt, auf ein volles Pensum hochgerechnet und unter Berücksichtigung der Einkommensentwicklung bis 2025 mit CHF 73'259.30 beziffert worden ist (vgl. angefochtene Verfügung vom 1. Juli 2025 [act. B.1 = IV-act. 214] und Invaliditätsbemessung vom 24. April 2025 [IV-act. 189]; siehe

auch Art. 26 Abs. 1 IVV [SR 831.201]). Ebenso wenig wird die gemischte Methode zur Invaliditätsbemessung mit einer Gewichtung des Erwerbs- und Haushaltsbereichs mit 80 % bzw. 20 % in Abrede gestellt. Uneins sind sich die Verfahrensbeteiligten demgegenüber insbesondere hinsichtlich der (Rest-)Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in leidensangepasster Tätigkeit und deren Verwertbarkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt. 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 in Kraft sind (Weiterentwicklung der IV). Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehaltlich

E. 5.1

Vorliegend verneinte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 1. Juli 2025 einen Anspruch auf eine Invalidenrente, da der Beschwerdeführerin eine leidensangepasste Tätigkeit zu 80 % zumutbar sei. Dabei stützte sie sich insbesondere auf das bidisziplinäre EKTIMISI-Gutachten vom 25. März 2025 ab (vgl. IV-act. 185). 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

E. 5.3

Insoweit ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das EKTIMISI-Gutachten vom 25. März 2025 abgestellt hat oder ob konkrete Indizien gegen dessen Zuverlässigkeit sprechen bzw. dieses von der übrigen medizinischen Aktenlage in Zweifel gezogen wird. Während die Beschwerdegegnerin das EKTIMISI-Gutachten im Ergebnis für schlüssig, nachvollziehbar und widerspruchsfrei erachtet (vgl. angefochtene Verfügung vom 1. Juli 2025 [act. B1 = IV-act. 214]), zweifelt die Beschwerdeführerin dessen Beweiswert an. Dabei kritisiert sie das psychiatrische Teilgutachten. 6. 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, 10 / 24 Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 5. Aufl. 2024, Art. 43 Rz. 14 ff. und Rz. 96 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 f.; 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). 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. Im strukturierten Beweisverfahren ist der Nachweis des funktionellen Schweregrades und der Konsistenz der Gesundheitsschädigung unter Verwendung sogenannter Indikatoren zu erbringen (vgl. Kreisschreiben des BSV über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], Stand: 1. Januar 2021, Rz. 1006 [<https://sozialversicherungen.admin.ch>]). Die Kategorie "funktioneller Schweregrad" umfasst den Komplex "Gesundheitsschädigung" (mit den Indikatoren "Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde", "Behandlungserfolg oder -resistenz", "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; KSIH, Rz. 1006). Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von

11 / 24 einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist (vgl. BGE 145 V 215 E. 7 und 143 V 418 E. 7.1; siehe 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). Hat sich die sachverständige Person bei der Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben gemäss BGE 141 V 281 orientiert und genügt ihr Gutachten den allgemeinen Anforderungen an den Beweiswert ärztlicher Berichte (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1), sind die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit von den Organen der Rechtsanwendung grundsätzlich zu übernehmen. Eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens soll nicht stattfinden (vgl. BGE 145 V 361 E. 3.2.2 und 141 V 281 E. 5.2.3; Urteile des Bundesgerichts 9C_389/2022 vom 3. Mai 2023 E. 2.3.2, 9C_293/2021 vom 23. Dezember 2021 E. 2.3, 9C_307/2017 vom 11. Januar 2018 E. 5.1.2 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.5; siehe auch BGE 144 V 50 E. 4.3). Eine solche liegt aber nicht vor, wenn der Versicherungsträger und im Beschwerdefall das Gericht anhand der medizinischen Indikatorenprüfung die massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung eines stimmigen Gesamtbildes schlüssig abhandeln und nachweisen, wo die ärztlichen Darlegungen nicht mit den normativen Vorgaben übereinstimmen (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.1.1; Urteile des Bundesgerichts 8C_773/2023 vom 1. Mai 2024 E. 5.2 f. und 9C_293/2021 vom 23. Dezember 2021 E. 2.3). 8. Die Experten wiesen im EKTIMISI-Gutachten vom 25. März 2025 folgende Diagnosen

mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus (vgl. IV-act. 185 S. 4): ■ Beide Augen: Keratokonjunktivitis sicca ■ Sonstige depressive Episode (ICD-10: F32.8) Dazu führten die Gutachter aus, aus ophthalmologischer Sicht könne die Diagnose einer Keratokonjunktivitis sicca bestätigt werden. Diese ergebe sich einerseits durch die Beschwerdeschilderung der Beschwerdeführerin, andererseits durch die objektiven Befunde wie die reduzierte Tränenaufrisszeit. Zum Zeitpunkt der Begutachtung sei die Tränenaufrisszeit am rechten Auge eingeschränkt und am linken Auge knapp in der Norm gewesen. Beim Syndrom des trockenen Auges sei wichtig zu erwähnen, dass die subjektiv geäußerten Beschwerden der Betroffenen nicht immer mit objektiven Befunden untermauert werden könnten. Aus psychiatrischer Sicht könne die Diagnose einer sonstigen depressiven Episode gestellt werden. Auch wenn eine bestimmte Depressivität zu beobachten sei, seien eine ausgeprägte Anhedonie und ein deutlich herabgesetzter Antrieb, wie subjektiv

12 / 24 von der Beschwerdeführerin eingeschätzt, nicht unbedingt objektivierbar. Eine eindeutige Suizidalität sei nicht vorhanden. Diesbezügliche Angaben der Beschwerdeführerin erschienen widersprüchlich und nicht unbedingt nachvollziehbar. Auffallend sei die persistierende Schwindelsymptomatik. Daraus könne allerdings nicht die Diagnose einer Somatisierungsstörung abgeleitet werden, weil hier ein wesentliches Kriterium fehle. Der Schwindel allein erfülle nicht die Diagnosekriterien einer Somatisierungsstörung, einer somatoformen autonomen Funktionsstörung oder einer sonstigen somatoformen Störung. Gesamthaft wäre hier die Diagnose einer atypischen Depression zu stellen. Diese Diagnose erlaube eine konsistente Zusammenfügung der einzelnen Beschwerden (vgl. IV-act. 185 S. 4 f.). Während die Gutachter in Bezug auf die bisherige Tätigkeit von einer 40%igen Arbeitsfähigkeit ausgingen, erachteten sie die Beschwerdeführerin in einer optimal angepassten Tätigkeit (Bildschirmarbeit weniger als 25 % der Zeit, in Innenräumen mit guter Beleuchtung sowie optimaler Luftfeuchtigkeit von 40 % bis 60 %, ohne direkte Zugluft oder Gebläse im Bereich der Augen, mit der Möglichkeit zur Anwendung von befeuchtenden Augentropfen sowie der Lagerung gewisser Medikamente in einem Kühlschranks) seit der Begutachtung zu 80 % arbeitsfähig (vgl. IV-act. 185 S. 6 ff.).

E. 6

/ 24 besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, 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; Urteil des Bundesgerichts 8C_521/2021 vom 22. März 2022 E. 2.2), die angefochtene Verfügung nach dem Inkrafttreten der Gesetzesänderungen vom 19. Juni 2020 datiert und der hier umstrittene Rentenanspruch seine Begründung ab dem 1. Januar 2024 fände, 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 Kreisschreiben des Bundesamts für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab dem 1. Januar 2022, Rz. 9100 [<http://www.sozialversicherungen.admin.ch>]). 4.1. 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 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). 4.2. Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG). Dies ist die gemischte Methode der Invaliditätsbemessung (vgl. BGE 144 I 21 E. 2.1 m.w.H.). 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

E. 7

/ 24 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 %

E. 8

/ 24 Stellung, das heisst sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substanziell wie möglich begründet bzw. nimmt sie 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; 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; 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

E. 9

/ 24 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

Abgesehen davon, dass die Beschwerdeführerin unbestrittenermassen zu Recht vorbringt, dass die in der angefochtenen Verfügung für die bisherige Tätigkeit ausgewiesene Arbeitsfähigkeit von 60 % nicht korrekt sei (vgl. angefochtene Verfügung vom 1. Juli 2025 [act. B.1 = IV-act. 214]), sondern gemäss EKTIMISI- Gutachten vom 25. März 2025 40 % beträgt ([IV-act. 185 S. 6]), ist mit Blick auf die allgemeinen Beweisanforderungen (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a und 122 V 157 E. 1c m.w.H., siehe auch Erwägung 5.2.2 hiervor) festzustellen, dass das EKTIMISI-Gutachten vom 25. März 2025 in Kenntnis der von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und dem Krankheitsverlauf ergangen ist (vgl. IV-act. 185 S. 3, S. 15 ff. und S. 31 ff.). Ferner basiert es auf eigenen klinischen, laborchemischen und testologischen Untersuchungen (vgl. IV-act. 185 S. 2, S. 19, S. 35 ff. und S. 48) und die Gutachter nahmen zu den streitigen Belangen Stellung (vgl. IV-act. 185 S. 3 ff., S. 20 ff. und S. 39 ff.). Allerdings lagen dem EKTIMISI-Gutachten nicht die vollständigen Vorakten zugrunde (vgl. psychiatrisches Teilgutachten [IV-act. 185 S. 30 f.]). So wurden zum Verlauf der Behandlung der Beschwerdeführerin in der Allgemeinpsychiatrischen Tagesklinik der H. _____ keine Informationen eingeholt, obwohl der RAD im März 2024 geraten hatte, den diesbezüglichen Verlauf abzuwarten (vgl. Verlaufsprotokoll Eingliederung, Eintrag vom 25. März 2024 [IV-act. 147 S. 10], und Case Report, Eintrag vom 25. März 2024 [IV-act. 213 S. 6]), und die Beschwerdeführerin

E. 9.2

Ferner diagnostizierte der psychiatrische Gutachter in seinem Teilgutachten eine sonstige depressive Episode (ICD-10: F32.8) mit Auswirkungen auf die

E. 9.3

Des Weiteren ist in Bezug auf die vorbefundlichen Diagnosen und den (klinischen) Verlauf auf Folgendes hinzuweisen: Der Hausarzt Dr. med. C. _____ stellte in seinem Bericht vom 10. April 2023 insbesondere eine mindestens mittelschwere depressive Verstimmung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest und führte dazu aus, dass sich ab Mitte Dezember 2022 eine depressive Verstimmung mit Niedergeschlagenheit, innerer Unruhe, Schlafproblemen und einer Angstkomponente entwickelt habe (vgl. IV-act. 13 S. 2 f.). Mit Bericht vom 30. April 2023 wies der behandelnde Psychiater Dr. med. D. _____ bei einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit seit dem 8. März 2023 namentlich eine mittelschwere Depression (ICD-10: F32.1) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aus und hielt zum Verlauf insbesondere fest, dass sich seit Ende des letzten Jahres bei mehreren psychischen Belastungen und Erkrankungen (unter anderem Covid, Schwindelsymptomatik) eine Depression entwickelt habe. Zudem wies er folgende objektiven Befunde aus: "wach, voll orientiert, formal geordnet, herabgestimmt, vermindert schwingungsfähig, Zukunftsängste, keine Zwänge, kein psychisches Erleben, Antrieb reduziert, wenig Motivation und Interesse, Konzentrationsstörungen, verminderte Belastbarkeit, keine Gefährdung." Dr. med. D. _____ stellte Einschränkungen betreffend die Konzentrationsleistung, die Motivation und die Aufmerksamkeit fest, empfahl die Fortführung der aktuellen medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung und ging in Bezug auf die Eingliederung angesichts der in den letzten zwei bis drei Wochen verbesserten Symptomatik von einer guten Prognose aus (vgl. IV-act. 18 S. 2 ff.). Daraufhin nahm die Beschwerdeführerin ab Mitte Juni 2023 an einem vom behandelnden Psychiater unterstützten therapeutischen Arbeitsversuch im Scancenter der B. _____ bzw. ab August 2023 an einer durch die Beschwerdegegnerin finanzierten Integrationsmassnahme (Aufbautraining) bei ihrem Arbeitgeber (B. _____) teil, wobei sie ihre Präsenzzeit kontinuierlich steigern konnte (vgl. Verlaufsprotokoll Eingliederung, Einträge vom 17. Mai 2023, vom 5. Juni 2023, vom 27. Juli 2023, vom 7. September 2023, vom 5. Oktober 2023, vom

E. 9.4

Sodann führte der behandelnde Psychiater Dr. med. D. _____ in seiner Stellungnahme vom 11. Juni 2025 insbesondere aus, in den letzten Monaten sei es wieder zu einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik gekommen. Es bestünden derzeit eine depressive Verstimmung, verminderte Schwingungsfähigkeit, Grübelneigung, Zukunftssorgen, eine Antriebsminderung, Konzentrationsstörungen und ein erneut verstärkter sozialer Rückzug bis hin zu zeitweise Lebensüberdrussgedanken. Insgesamt sei derzeit von einer verstärkten depressiven Symptomatik auszugehen, die wenigstens zeitweise dem Schweregrad einer schweren Depression (ICD-10: F32.2) entspreche. Medikamentös erfolge aktuell die Einnahme von Escitalopram 20 mg und Aripiprazol 5 mg als Augmentation. Es müsse derzeit aufgrund der verstärkten depressiven Symptomatik und des erneuten sozialen Rückzugs die Aktivierung in den Vordergrund gestellt werden. Hinsichtlich der Funktionalität im Alltag bestünden deutliche Einschränkungen. Die Beschwerdeführerin könne mit Mühe die notwendige Hausarbeit verrichten. Sie koche selten und mache selten Termine mit Bekannten ab. Zudem benötige sie deutlich mehr Zeit für die Hausarbeit und sei danach und nach dem Besuch der Tagesklinik erschöpft. Nach Möglichkeit vermeide sie neue Situationen und ziehe sich wegen der geringen Umstellungsfähigkeit zurück. Entscheidungen würden ihr schwer fallen und spontane

Aktivitäten seien zuletzt kaum möglich gewesen. Besuche bei ihren Kindern habe die Beschwerdeführerin zuletzt nicht mehr gemacht. Die Belastung sei ihr zu gross und sie sei da auch ängstlich. Derzeit traue sie sich auch die längere Zugfahrt nach Bern zu ihrem Sohn nicht zu. In der Tagesklinik habe sie auch weniger Kontakt mit anderen. Im Vorjahr sei dies noch mehr gewesen. Sie ziehe sich auch da eher zurück (vgl. IV-act. 211 S. 2). Vor diesem Hintergrund kann dem

E. 9.5

Ferner diagnostizierte der ophthalmologische EKTIMISI-Experte in seinem Teilgutachten eine beidseitige Keratokonjunktivitis sicca mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-act. 185 S. 20). In seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung führte er insbesondere aus, dass die Beschwerdeführerin an einer Depression leide, welche medikamentös behandelt werde. Das Syndrom des trockenen Auges sei mit Depressionen assoziiert. Medizinische Studien hätten festgestellt, dass von Keratokonjunktivitis sicca Betroffene aufgrund der Symptome an einer verminderten Lebensqualität leiden würden, was sie anfälliger für Depressionen mache. Eine Depression sei andererseits mit schwereren Symptomen des trockenen Auges assoziiert. Patienten mit einer Depression würden somit stärker an trockenen Augen leiden. Dies zeigten aktuelle Studien. Aufgrund dieser Forschungsergebnisse sei die Behandlung der Depression bei der Beschwerdeführerin auch für die Augensituation von grosser Wichtigkeit (vgl. IV-act. 185 S. 21 f.; siehe auch IV-act. 185 S. 24, wonach die Therapie der Depression wichtig sei, da diese mit den Augenbeschwerden interagiere und die Symptome verschlimmern könne). Die Beurteilung des psychiatrischen Experten lässt eine Auseinandersetzung mit dieser Wechselwirkung vermissen, was ebenfalls nachzuholen sein wird (vgl. psychiatrisches Teilgutachten [IV-act. 185 S. 39 ff.]; siehe ferner Stellungnahme von Dr. med. D. _____ vom 11. Juni 2025, wonach insbesondere die Augensymptomatik immer wieder belastend und auch bei besserem psychischem Zustand vorhanden sei bzw. auftrete).

E. 9.6

Sodann erscheint auch der Vorwurf einer inadäquaten, nicht leitliniengerechten Behandlung erklärungsbedürftig. Dabei kann in Bezug auf die Ausführungen des psychiatrischen Experten zur tagesklinischen Behandlung der Beschwerdeführerin auf das in Erwägung 9.1 hiervoor Gesagte verwiesen werden.

E. 9.7

Schliesslich vermag auch die funktionelle Folgenabschätzung im psychiatrischen Teilgutachten nicht zu überzeugen. Mit der Beschwerdeführerin ist festzuhalten, dass es der psychiatrische Experte unterlassen hat, die sich aus der psychiatrischen Diagnose ergebenden funktionellen Auswirkungen (hinreichend) anhand der gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung massgebenden Indikatoren nachzuweisen. Denn geht es um psychische Erkrankungen wie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen (vgl. BGE 143 V 409), so sind wie bei sämtlichen psychischen Störungen (vgl. BGE 143 V 418) für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren (Beweisthemen und Indizien) beachtlich, die es – unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren wie auch von Kompensationspotentialen (Ressourcen) – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (vgl. BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4- 3.6 und E. 4.1). In diesem Rahmen werden auch die vom

behandelnden Psychiater Dr. med. D._____ angeführten Faktoren, wie der weitgehende soziale Rückzug sowie das niedrige Aktivitätsniveau (vgl. Stellungnahmen von Dr. med. D._____ vom 11. Juni 2025 [IV-act. 211 S. 2]), zu diskutieren sein. Die Mini-ICF-APP stellt dabei rechtsprechungsgemäss bloss eine Ergänzung dar; die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage

22 / 24 sind im Einzelfall anhand von Standardindikatoren zu prüfen (vgl. BGE 148 V 49 E. 6.3; Urteile des Bundesgerichts 8C_664/2019 vom 8. April 2020 E. 4.3.1 und 9C_157/2019 vom

E. 13

/ 24 anlässlich der psychiatrischen Exploration angab, seit Februar 2024 die Tagesklinik in Chur zu besuchen; dies ergab sich auch aus den dem psychiatrischen Experten vorgelegenen Akten (vgl. psychiatrisches Teilgutachten [IV-act. 185 S. 30 und S. 34]). Zwar lässt sich diesen entnehmen, dass die Allgemeinpsychiatrische Tagesklinik der H._____ keine medizinischen Berichte erstellt (vgl. Verlaufsprotokoll Eingliederung, Eintrag vom 3. Juni 2024 [IV-act. 147 S. 11]). Allerdings hat sich die Eingliederungsberaterin Anfang Juni 2024 telefonisch an diese gewandt, wobei ihr mitgeteilt wurde, dass eine Eingliederung der Beschwerdeführerin in nächster Zeit nicht absehbar sei (vgl. Verlaufsprotokoll Eingliederung, Einträge vom 3. und 7. Juni 2024 [IV-act. 147 S. 11]; siehe ferner Verlaufsprotokoll Recovery und Peer-Beratung, Eintrag vom 10. April 2024 [IV-act. 146 S. 3]), wonach ein dringender Bedarf an psychotherapeutischer Beratung und Behandlung bestehe und die Entscheidung, in die Tagesklinik zu gehen, ein wichtiger Schritt in diese Richtung sei). Eine entsprechende Rücksprache erfolgte im Rahmen der psychiatrischen Expertise nicht (vgl. psychiatrisches Teilgutachten [IV-act. 185 S. 39]). Auch wenn die tagesklinische Behandlung gemäss dem im Recht liegenden Wochenplan vom 31. Juli 2024 damals insbesondere auf der Aktivierung beruhte (vgl. IV-act. 136 f.), wobei eine Behandlungsanpassung im Verlauf nicht auszuschliessen ist, hätte sich eine Rücksprache mit Blick auf eine umfassende gutachterliche Beurteilung aufgedrängt, da auch der behandelnde Psychiater Dr. med. D._____ in seinem Bericht vom 5. Oktober 2024 zum Verlauf der Behandlung in der Allgemeinpsychiatrischen Tagesklinik der H._____ keine detaillierten Ausführungen machte (vgl. IV-act. 154). Insofern vermag es – entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin – nicht zu überzeugen, wenn der psychiatrische Experte in seinem Teilgutachten ohne Rücksprache mit den behandelnden Fachpersonen der Tagesklinik bzw. allein gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin festhielt, dass die aktuelle tagesklinische Behandlung eher einem ambulanten multimodalen Ansatz mit lediglich supportivem Charakter entspreche, seines Erachtens nicht zielführend sei und den bereits installierten sekundären Krankheitsgewinn bestärke (vgl. IV-act. 185 S. 41; siehe auch IV-act. 185 S. 43; vgl. ferner Erwägung 9.6 hernach). Abgesehen davon begründete der psychiatrische Gutachter die Entwicklung eines sekundären Krankheitsgewinns nicht näher und es ergeben sich diesbezüglich auch keine Hinweise aus den Akten. Derlei lässt sich auch nicht allein aus dem Umstand ableiten, dass die Beschwerdeführerin laut ihren eigenen Angaben die Unterstützung des Partners im Alltag geniessen solle (vgl. IV-act. 185 S. 40).

E. 14

/ 24 Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-act. 185 S. 42). Hierzu führte er insbesondere aus, auch wenn eine bestimmte Depressivität zu beobachten sei, seien eine ausgeprägte Anhedonie sowie

ein deutlich herabgesetzter Antrieb, wie subjektiv von der Beschwerdeführerin eingeschätzt, nicht unbedingt objektivierbar. Eine eindeutige Suizidalität sei nicht vorhanden. Diesbezügliche Angaben der Beschwerdeführerin erschienen widersprüchlich und nicht unbedingt nachvollziehbar. Auffallend sei die persistierende Schwindelsymptomatik. Aus dieser Symptomatik könne allerdings nicht die Diagnose einer Somatisierungsstörung abgeleitet werden, weil hier ein wesentliches Kriterium fehle. Der Schwindel allein erfülle nicht die Diagnosekriterien einer Somatisierungsstörung, einer somatoformen Funktionsstörung oder einer sonstigen somatoformen Störung. Gesamthaft wäre hier die Diagnose einer atypischen Depression zu stellen, welche eine konsistente Zusammenfügung der einzelnen Beschwerden erlaube (vgl. IV-act. 185 S. 42). Abgesehen davon, dass dem psychiatrischen Experten darin beizupflichten ist, dass sich aus den vorliegenden fachärztlichen Berichten keine Hinweise auf eine somatoforme Störung ergeben, fallen unter sonstige depressive Episoden (ICD-10: F32.8) insbesondere wechselnde Mischbilder depressiver Symptome (vor allem somatischer Art) mit diagnostisch weniger bedeutsamen Symptomen wie Spannung, Sorge und Verzweiflung oder Mischbilder somatischer depressiver Symptome mit anhaltendem Schmerz oder Müdigkeit, die keine organische Ursache haben. Allerdings sollen solche Episoden nur kodiert werden, wenn die Beschreibungen der unter F32.0 bis F32.3 beschriebenen depressiven Episoden nicht zutreffen (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 176). Mit dieser Abgrenzung hat sich der psychiatrische Gutachter nicht in der gebotenen Weise auseinandergesetzt. Dies hätte sich umso mehr aufgedrängt, als der behandelnde Psychiater Dr. med. D. _____ ausgeschlossen haben soll, dass der Schwindel eine psychische Ursache habe (vgl. IV-act. 147 S. 5; vgl. ferner Bericht vom 11. Juni 2025, wonach die Schwindelsymptomatik auch bei verbessertem psychischen Zustand vorhanden sei [IV-act. 211 S. 2]). Ausserdem ist die Annahme des psychiatrischen Gutachters, wonach für die Schwindelsymptomatik nach einer Abklärung kein somatisches Korrelat gefunden worden sei (vgl. IV-act. 185 S. 40), insoweit zu relativieren, als Dr. med. F. _____, Chefarzt Neurologie des G. _____, mit Bericht vom 5. Februar 2024 bei diagnostiziertem unklarem Schwankschwindel bzw. subjektiv kognitiven Schwankungen und einer Migräne mit Aura ausführte, bei der geschilderten Symptomatik könne es sich auch um eine Komponente einer vestibulären Migräne handeln (vgl. IV-act. 108). Ausserdem unterliess es der psychiatrische Gutachter im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens

E. 15

/ 24 aufzuzeigen, inwiefern sich das die Schwindelproblematik umfassende psychische Leiden in Berücksichtigung der Standardindikatoren auf das funktionelle Leistungsvermögen auswirkt (vgl. hierzu auch Erwägung 9.7 hernach). Darüber hinaus trägt der psychiatrische Gutachter dem funktionellen Schweregrad der auch von ihm ausgewiesenen Störung aus dem depressiven Formenkreis nicht gebührend Rechnung: Soweit er auf eine/n nicht eindeutig objektivierbare/n ausgeprägte Anhedonie bzw. deutlich herabgesetzten Antrieb hinweist und im Rahmen des Untersuchungsbefunds eine gut erhaltene Funktionalität im Alltag auswies (vgl. IV-act. 185 S. 36), steht dies in Widerspruch zu den Ausführungen der Beschwerdeführerin zum Tagesablauf, welche auf ein herabgesetztes Aktivitätenniveau schliessen lassen. So stehe sie morgens zwischen 8.00 und 9.00 Uhr auf, erledige die Morgentoilette, trinke einen Kaffee, liege auf das Sofa und beschäftige sich mit Stricken. Den Haushalt erledige sie bei guter Motivation. Einkaufen

und Kochen tue sie zusammen mit ihrem Partner. Beim Schwimmen sei sie seit einem dreiviertel Jahr nicht mehr gewesen. Schlafen gehe sie zwischen 7.00 und 8.00 Uhr abends. An Tagen, an welchen sie die Tagesklinik besuche, sei sie anschliessend sehr müde und könne nichts mehr erledigen (vgl. IV-act. 185 S. 34; siehe ferne auch IV-act. 185 S. 17). Wenn der psychiatrische Gutachter somit zwischen den subjektiv geschilderten Beschwerden bzw. deren Schweregrad und den eigenen Angaben über die Funktionalität im Alltag sowie mit der Beobachtung während der Exploration eine Diskrepanz verortet (vgl. IV-act. 185 S. 40 f.; vgl. auch IV-act. 185 S. 37 f., wonach der psychiatrische Gutachter die Proaktivität bzw. Spontanaktivität der Beschwerdeführerin als leicht beeinträchtigt qualifizierte), kann ihm nicht gefolgt werden. Dabei lässt er ausser Acht, dass er im Untersuchungsbefund selber die Affektlage als besorgt, teilweise sogar resigniert bezeichnete (vgl. IV-act. 185 S. 36), und die Beschwerdeführerin in anamnestischer Hinsicht angab, keine Energie mehr zu fühlen, in der Stimmung und im Antrieb stark herabgesetzt zu sein, Angst vor Neuem zu haben, wobei sie eine Einengung in der Brustgegend sowie Herzklopfen und -rasen verspüre, und Mühe damit zu haben, dass sie nicht funktioniere (vgl. IV-act. 185 S. 32). Auch hat die Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrischen Expertise suizidale Gedanken sowie entsprechende Pläne bejaht und anschliessend was folgt ergänzt: "Es gehe schon, selten, dass ich nachdenke" (vgl. IV-act. 185 S. 32). Soweit der psychiatrische Experte in diesem Zusammenhang auf eine nicht eindeutig vorhandene Suizidalität schloss (vgl. IV-act. 185 S. 36 und S. 42) und letztlich eine sich durch weniger bedeutsame Symptome auszeichnende sonstige depressive Episode auswies, erscheint dies im gesamten Kontext verharmlosend. Insgesamt lässt das psychiatrische EKTIMISI-

E. 16

November 2023 und vom 28. November 2023 sowie Zusammenfassung [IV-act. 147 S. 2 ff.]; E-Mails vom 5. Juni 2023 [IV-act. 22], vom 6. Juni 2023 [IV-act. 24], vom 7. Juni 2023 [IV-act. 31 S. 1], vom 14. Juni 2023 [IV-act. 33 S. 1], vom 25. Juni 2023 [IV-act. 39 S. 1], vom 27. Juli 2023 [IV-act. 44], vom 30. August 2023 [IV-act. 50], vom 15. September 2023 [IV-act. 56 S. 1] und vom 26. Oktober 2023 [IV-act. 81 S. 1]; Zielvereinbarung vom 25. September 2023 bzw. vom 5. Oktober 2023 [IV-act. 65] und Mitteilung vom 11. Oktober 2023 [IV-act. 73]).

E. 17

Januar 2024 [IV-act. 100 S. 1 f.], vom 31. Januar 2024 [IV-act. 103 S. 1], vom 1. Februar 2024 [IV-act. 104 S. 1] und vom 4. März 2024 [IV-act. 112 S. 2]). In der Folge wurden die Eingliederungsmassnahmen mit Mitteilung vom 12. September 2024 abgeschlossen, da sich die Beschwerdeführerin weiterhin nicht in der Lage fühle, an Eingliederungsbemühungen mitzuwirken [IV-act. 149 S. 1]; siehe auch Partnerauftrag Eingliederung, Eintrag vom 2. April 2024 [IV-act. 115 S. 3], und Verlaufsprotokoll Eingliederung, Einträge vom 7. Juni 2024 und vom 16. August 2024 sowie Zusammenfassung [IV-act. 147 S. 11 f.]; vgl. ferner E-Mails vom 5. April 2024 [IV-act. 120 f.], vom 28. Mai 2024 [IV-act. 126], vom 31. Mai 2024 [IV-act. 127] und vom 29. Juni 2024 [IV-act. 130]; ärztliches Zeugnis vom 2. September 2024 [IV-act. 145]). Mit Bericht vom 5. Oktober 2024 wies der behandelnde Psychiater Dr. med. D. _____ bei gleichgebliebener Diagnose einer mittelgradigen Depression (ICD-10: F32.1) eine aktuelle Verbesserung aus. Betreffend Verlauf bzw. veränderte Befunde stellte er eine Verbesserung der Stimmung, der Schwingungsfähigkeit sowie des Antriebs fest und wies neben der ambulanten psychiatrischen Behandlung auf

den Besuch der Tagesklinik der H. _____ hin. Die Beschwerdeführerin sei aktiver und traue sich mehr zu. Eine Integrationsmassnahme sei zu erwägen (vgl. IV-act. 154). Mit diesen

E. 18

/ 24 vorbefundlichen Diagnosen sowie dem dargelegten (klinischen) Verlauf setzte sich der psychiatrische Gutachter in seiner Beurteilung nicht auseinander (vgl. IV-act. 185 S. 39 ff.), was sich umso mehr aufgedrängt hätte, als er die von ihm angenommene Arbeitsfähigkeit von 80 % in adaptierter Tätigkeit erst seit mindestens Oktober 2024 annahm (vgl. IV-act. 185 S. 44 f.). Insofern kann dem RAD nicht gefolgt werden, wenn er festhält, dass die psychiatrische Erkrankung der Beschwerdeführerin von der Begutachtungsstelle ausreichend gewürdigt bzw. berücksichtigt worden sei (vgl. Case Report, Eintrag vom 30. Juni 2025 [IV-act. 213 S. 17]). Nach dem Gesagten mangelt es dem psychiatrischen Teilgutachten an einer nachvollziehbaren und lege artis hergeleiteten Diagnose, welche auf dem klinischen Untersuch unter Berücksichtigung der aktenkundigen vorbefundlichen Diagnosen und dem dargelegten (klinischen) Verlauf basiert und adäquat zu deren Ausprägung und Schweregrad Stellung nimmt. Dies wird nachzuholen sein.

E. 19

/ 24 RAD nicht gefolgt werden, wenn er sich mit Blick auf die psychiatrische EKTIMISI-Begutachtung vom Dezember 2024 auf den Standpunkt stellt, dass sich aus der Stellungnahme des behandelnden Psychiaters Dr. med. D. _____ vom 11. Juni 2025 keine wesentlichen neuen medizinischen Erkenntnisse ergäben (vgl. Case Report, Eintrag vom 30. Juni 2025 [IV-act. 213 S. 17]). Dieser den Zeitraum nach der psychiatrischen Expertise bis zum Verfügungszeitpunkt betreffende Verlauf der psychiatrischen Erkrankung wird anlässlich der noch vorzunehmenden Abklärungen zu würdigen sein. Soweit der RAD ausserdem in seiner Stellungnahme vom 30. Juni 2025 festhielt, dass ein langjähriger schwankender Verlauf der Erkrankung der Regelfall sei (vgl. Case Report, Eintrag vom 30. Juni 2025 [IV-act. 213 S. 17]), ist darauf hinzuweisen, dass sich der psychiatrische Gutachter mit ebendiesem nicht auseinandergesetzt hat (vgl. Erwägungen 9.3 und 9.1 hiervor).

E. 20

/ 24 Zudem führte der behandelnde Psychiater Dr. med. D. _____ in seiner Stellungnahme vom 11. Juni 2025 insbesondere aus, dass neben der kognitiven Verhaltenstherapie eine medikamentöse antidepressive Behandlung erfolge. Zunächst sei mit Vortioxetin 5 mg begonnen und im Verlauf bis auf 20 mg aufdosiert worden, was zu einer deutlichen Besserung der Symptomatik geführt habe. Parallel sei in dieser Zeit ein Integrationsversuch beim ehemaligen Arbeitgeber durchgeführt worden, wobei eine schrittweise Erhöhung der Stundenzahl erfolgt sei. Es sei allerdings vom Arbeitgeber signalisiert worden, dass langfristig nur ein Einsatz mit regelmässiger Arbeit am Bildschirm möglich sein werde, was aufgrund der Augenproblematik eine grosse Belastung dargestellt habe. Nach Beendigung der Integration sei aufgrund dieser Problematik die Kündigung erfolgt, was im Vorjahr zu einer deutlichen Verschlechterung der Symptomatik geführt habe. Medikamentös sei eine Augmentation mit Aripiprazol erfolgt, was eine vorübergehende Verbesserung der Aktivitätslage ergeben habe. Zudem seien die Antidepressiva Mirtazapin, Trazodon und Venlafaxin ausdosiert worden. Zeitweise sei noch eine Augmentation mit Quetiapin erfolgt. Leider sei es immer nur zu vorübergehenden

Verbesserungen gekommen. Insgesamt sei derzeit von einer verstärkten depressiven Symptomatik auszugehen. Medikamentös erfolge aktuell die Einnahme von Escitalopram 20 mg und Aripiprazol 5 mg als Augmentation (vgl. IV-act. 211 S. 1 f.; siehe auch Bericht von Dr. med. C. _____ vom 10. April 2023 [IV-act. 13 S. 3]; Berichte von Dr. med. D. _____ vom 30. April 2023 [IV-act. 18 S. 3], vom 9. März 2024 [IV-act. 114 S. 2] und vom 5. Oktober 2024 [IV-act. 154 S. 2]; Bericht des G. _____ vom 5. Februar 2024 [IV-act. 108 S. 1]; vgl. ferner Verlaufsprotokoll Eingliederung, Einträge vom 6. und 7. März 2024 [IV-act. 147 S. 10]). Soweit der psychiatrische Experte in seiner Beurteilung ausführte, dass die ambulante psychiatrische Behandlung bloss unterstützend erfolge resp. die Beschwerdeführerin über kein adäquates psychologisches Störungs- bzw. Veränderungsmodell verfüge und die antidepressive medikamentöse Behandlung bis jetzt trotz ausbleibender Wirkung laut Angaben der Beschwerdeführerin nicht entsprechend den Leitlinien verändert worden sei (vgl. IV-act. 185 S. 40 f. und S. 43), ohne sich mit der vom behandelnden Psychiater dargelegten psychiatrisch- psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Behandlung samt Verlauf näher auseinanderzusetzen (vgl. IV-act. 185 S. 39 ff.), vermag dies nicht zu überzeugen. Auch hätten sich in Bezug auf die vom psychiatrischen Gutachter in diesem Zusammenhang angeführten Unklarheiten Rückfragen an die medizinischen Fachpersonen aufgedrängt (vgl. IV-act. 185 S. 41). Insofern ist die vom psychiatrischen Experten empfohlene Evaluation der Medikation bzw. Intensivierung des Settings zu relativieren (vgl. IV-act. 185 S. 45 f.). Ferner ergab sich anlässlich der im Dezember 2024 durchgeführten Laboruntersuchung in Bezug

E. 21

/ 24 auf das Antipsychotikum Aripiprazol bei einem ausgewiesenen Referenzbereich von 0.33 bis 1.12 µmol/l ein Medikamentenspiegel von 0.16 µmol/l (vgl. Untersuchungsbericht vom 17. Dezember 2024 [IV-act. 185 S. 48]). Soweit der psychiatrische Gutachter hierzu ausführte, dass sich das Neuroleptikum nicht im therapeutischen Bereich befinde (vgl. IV-act. 185 S. 43), ist festzuhalten, dass gemäss den unbestrittenen Ausführungen des behandelnden Psychiaters Dr. med. D. _____ die besagten Normwerte für das Antipsychotikum Aripiprazol für eine Schizophrenie-Erkrankung festgelegt worden seien und es sich vorliegend bei einer niedrigen Dosierung um eine leitliniengerechte Augmentationsbehandlung einer Depression handle (vgl. Stellungnahme von Dr. med. D. _____ vom 11. Juni 2025 [IV-act. 211 S. 2]; siehe auch <https://flexikon.doccheck.com/de/Aripiprazol>, Indikationen, besucht am 20. November 2025). Abgesehen davon steht das Vorbringen des RAD, wonach die Ausführungen zur Einschätzung der Medikation eher nebensächlich erschienen (vgl. Case Report, Eintrag vom 30. Juni 2025 [IV-act. 213 S. 17]), in einem Spannungsverhältnis zu seinem Standpunkt im März 2024 (vgl. Verlaufsprotokoll Eingliederung, Eintrag vom 25. März 2024, und Case Report, Eintrag vom

E. 25

März 2024, wonach insbesondere der Verlauf der Medikamenteneinnahme abzuwarten sei [IV-act. 147 S. 10 und IV-act. 213 S. 6]).

E. 28

Oktober 2019 E. 4.3). Eine sachverständige Auseinandersetzung mit diesen Standardindikatoren ist bei Vorliegen einer medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage nachzuholen. 10.1. 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 oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4; KIESER, a.a.O., Art. 44 Rz. 75). 10.2. Vorliegend ist die Beschwerdegegnerin ihrer Abklärungspflicht nicht nachgekommen, indem sie den medizinischen Sachverhalt nur lückenhaft abgeklärt und letztlich auf das EKTIMISI-Gutachten vom 25. März 2025 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

23 / 24 ist die Sache daher unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 1. Juli 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 Abklärung, welche sich mitunter auch zur aktenkundigen Schwindelproblematik äussert, zu veranlassen haben. Anschliessend wird die Beschwerdegegnerin nach einer gegebenenfalls durchzuführenden Haushaltsabklärung die Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin neu zu prüfen haben. In diesem Rahmen wird die Beschwerdegegnerin unter anderem auch die Frage der Verwertbarkeit einer allfälligen Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt prüfen und beurteilen müssen. 11. Insgesamt ergibt sich, dass die Beschwerde gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 1. Juli 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. 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 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). 12.2. Vorliegend hat der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin trotz entsprechender Aufforderung durch das Gericht mit Schreiben vom 22. bzw.

E. 31

Oktober 2025 keine Honorarnote eingereicht. Der Beschwerdeführerin ist deshalb unter Berücksichtigung des praxisgemäss geltenden, reduzierten Stundenansatzes für Hilfsorganisationen, zu denen auch die Procap Schweiz zu zählen ist (vgl. PVG 2010 Nr. 31 und Nr. 32), eine pauschale Parteientschädigung in der Höhe von CHF 2'000.00 (inkl. Spesen und MWST) zuzusprechen. In diesem Umfang hat die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin aussergerichtlich zu entschädigen.

24 / 24 Es wird erkannt:

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