

GR_GERICHTE SV1 2025 50 vom 5. November 2025

GR Gerichte, 2025-11-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_SV1_2025_50

FR: GR_GERICHTE SV1 2025 50 du 5 novembre 2025

IT: GR_GERICHTE SV1 2025 50 del 5 novembre 2025

Regeste

Invalidenrente | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Januar 2022, insbesondere ob die Beschwerdegegnerin ab diesem Zeitpunkt bis zum 31. Dezember 2023 einen

E. 6

/ 27 Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente zu Recht verneinte und ab dem 1. Januar 2024 einen solchen auf eine Rente von 25 % einer ganzen Invalidenrente (bei einem Invaliditätsgrad von 40 %) zu Recht bejahte. 2.2. Uneins sind sich die Verfahrensbeteiligten hinsichtlich des Einkommens mit Invalidität und dabei insbesondere betreffend die Höhe der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in angepasster Tätigkeit. Ebenso ist strittig, ab wann eine solche Arbeitsfähigkeit gegeben ist. Unbestritten ist demgegenüber die Anwendung der gemischten Methode der Invaliditätsbemessung bei einer Gewichtung des Erwerbsbereichs mit 90 % und des Aufgabenbereichs mit 10 % sowie das Valideneinkommen. 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 – vorbehaltlich 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 ab dem 1. Januar 2022 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 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. 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).

E. 7

/ 27 4.2.1. Die Bemessung des Invaliditätsgrades wird in Art. 28a IVG geregelt. Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, wird der Invaliditätsgrad für diesen Teil nach Artikel 16 ATSG festgelegt (vgl. Art. 28a Abs. 3 Satz 1 IVG). Der Bundesrat umschreibt dabei die zur Bemessung des Invaliditätsgrads massgebenden Erwerbseinkommen sowie die anwendbaren Korrekturfaktoren (Art. 28a Abs. 1 Satz 2 IVG). Mithin ist 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 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

E. 8

/ 27 von Art. 26bis IVV werden neben dem genannten Abzug für Teilzeitarbeit vom statistisch bestimmten Wert pauschal 10 % abgezogen (vgl. Satz 1). 4.2.3. Waren Versicherte zudem im Aufgabenbereich tätig, so wird der Invaliditätsgrad für diese Tätigkeit danach festgelegt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (vgl. Art. 28a Abs. 3 Satz 2 i.V.m. Abs. 2 IVG). Für die Berechnung des

Invaliditätsgrades in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt (Art. 27bis Abs. 3 lit. a IVV). Dieser Anteil wird sodann anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet (vgl. Art. 27bis Abs. 3 lit. b IVV). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades von Teilerwerbstätigen werden schliesslich der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit und jener in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich zusammengezählt (vgl. Art. 27bis Abs. 1 IVV).

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	49 %	47.5 %	48 %	45 %	47 %	42.5 %	46 %	40 %	45 %	37.5 %	44 %	35 %	43 %	32.5 %
------------------	------	--------	------	------	------	--------	------	------	------	--------	------	------	------	--------

E. 8.1

Mit Blick auf die allgemeinen Beweisanforderungen (vgl. Erwägungen 5.2.1 ff. hiervor) ist festzustellen, dass das estimed-Gutachten vom 3. Februar 2025 in Kenntnis der Akten (vgl. IV-act. 170 S. 4 ff., S. 58, S. 87, S. 139 und S. 171) sowie der von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden und dem Krankheitsverlauf ergangen ist (vgl. IV-act. 170 S. 32 f., S. 59 ff., S. 87 ff., S. 139 ff. und S. 171 ff.). Es basiert auf eigenen klinischen, testologischen und laborchemischen Untersuchungen (vgl. IV-act. 170 S. 66 ff., S. 92 ff., S. 148 ff. und S. 183 ff.). Die Gutachterin und Gutachter nahmen ferner zu den streitigen Belangen Stellung (vgl. IV-act. 170 S. 36 ff., S. 69 ff., S. 119 ff., S. 152 ff. und S. 186 ff.). Dabei wiesen sie in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode (ICD- 10 F32.1), differenzialdiagnostisch eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, differenzialdiagnostisch ein

E. 9

/ 27 42 % 30 % 41 % 27.5 % 40 % 25 % 5.1. Vorliegend verneinte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 4. August 2025 einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente ab dem 1. Januar 2022 bis zum 31. Dezember 2023, da der Beschwerdeführerin seit Ende 2021 eine leidensangepasste Tätigkeit zu 80 % zumutbar sei. Ab dem 1. Januar 2024 bejahte sie einen solchen auf eine Rente von 25 % einer ganzen Invalidenrente (bei einem Invaliditätsgrad von 40 %) aufgrund des seit dem 1. Januar 2024 bei der Bemessung des Invalideneinkommens zur Anwendung kommenden Pauschalabzugs von 10 %. Dabei stützte sie sich insbesondere auf das polydisziplinäre estimed-Gutachten vom 3. Februar 2025 ab (vgl. IV-act. 170).

5.2.1. Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten

Person ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachpersonen zur Verfügung stellen. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben. Dies bedeutet in erster Linie, mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchungen unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, das heisst sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet, bzw. sie nimmt dazu Stellung, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Insoweit sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 145 V 361 E. 3.2.1 f., 140 V 193 E. 3.1 f. und 132 V 93 E. 4; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_569/2021 vom 2. Februar 2022 E. 3.2.2, 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.4 und 8C_47/2021 vom 18. März 2021 E. 5.2.3). 5.2.2. Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies

E. 9.1

Insgesamt betrachtet stellt das estimed-Gutachten vom 3. Februar 2025 (vgl. IV-act. 170) keine beweiswertige Beurteilung dar, mit welcher das Vorliegen einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer leidensangepassten Tätigkeit ab Ende 2021 nachvollziehbar begründet 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 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 (vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4 und 137 V 210 E. 4.4.1.4 f.).

E. 9.2

Vorliegend ist die Beschwerdegegnerin ihrer Abklärungspflicht nicht rechtsgenügend nachgekommen, zumal sich der rechtserhebliche Sachverhalt als unzureichend abgeklärt präsentiert und letztlich auf das estimed-Gutachten vom 3. Februar 2025 abgestellt wurde, obwohl dieses keine schlüssige Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Folgenabschätzung enthält, weshalb die massgebliche Frage des Umfangs der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sowie die Frage, ab wann eine allfällige Arbeitsfähigkeit besteht, 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 als verfrüht. Im Einklang mit BGE 137 V 210 ist die Sache daher unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 4. August 2025 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese weitere

sachverständige bzw. fachärztliche Abklärungen vornimmt. Gestützt auf die dannzumal vollständigen medizinischen Unterlagen wird die Beschwerdegegnerin zudem zu entscheiden haben, ob sich eine BEFAS-Abklärung aufdrängt. 10. Insgesamt ergibt sich, dass die Beschwerde gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 4. August 2025 aufzuheben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

E. 10

/ 27 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_458/2024 vom 2. Mai 2025 E. 2.3.2, 8C_380/2021 vom 21. Dezember 2021 E. 3.2, 8C_173/2021 vom 25. Oktober 2021 E. 4.1, 8C_101/2021 vom 25. Juni 2021 E. 5.1, 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2 und 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.4). 5.2.3. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a und 122 V 157 E. 1c). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens (nach Art. 44 ATSG) eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4 und 125 V 351 E. 3b/bb; siehe auch Urteile des Bundesgerichts 8C_458/2024 vom 2. Mai 2025 E. 2.3.2, 9C_290/2022 vom

E. 11

/ 27 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_317/2024 vom 22. Januar 2025 E. 6.2, 8C_350/2023 vom 5. Juni 2024 E. 4, 8C_502/2022 vom 17. April 2023 E. 5.1, 8C_80/2022 vom 4. Mai 2022 E. 4 und 8C_787/2021 vom 23. März 2022 E. 11.2.2). 5.3. Im Folgenden ist somit zu prüfen, ob die

Beschwerdegegnerin zu Recht auf das estimed-Gutachten vom 3. Februar 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 estimed-Gutachten im Ergebnis für beweiswertig erachtet (vgl. IV-act. 191 und act. A.2), ist die Beschwerdeführerin der Ansicht, aufgrund diverser Mängel seien weitere Abklärungen vonnöten. 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; WIEDERKEHR, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 5. Aufl. 2024, Art. 43 N. 14 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

E. 11.1

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

E. 11.2

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. Ausgangspunkt ist die durch den Rechtsvertreter eingereichte Honorarnote.

E. 11.3

Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin reichte am 13. Oktober 2025 eine Honorarnote ein (vgl. act. G.2). Das geltend gemachte Honorar beläuft sich auf insgesamt CHF 4'476.00

(bestehend aus einem Aufwand von 16.75 Stunden à CHF 240.00 [CHF 4'020.00] zzgl. Barauslagen von 3 % [CHF 120.60] und 8.1 % MWST [CHF 335.40]). Der veranschlagte Stundenansatz von CHF 240.00 ist üblich. Allerdings erscheint der geltend gemachte Aufwand angesichts des vorliegenden Aktenumfangs, des einfachen Schriftenwechsels, der Befassung bereits im Einwandverfahren sowie der Länge der Beschwerdeschrift als zu hoch und ist ermessensweise auf CHF 4'000.00 (pauschal, inkl. Barauslagen und MWST) zu reduzieren. In diesem Umfang hat die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin aussergerichtlich zu entschädigen.

E. 12

/ 27 Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. BGE 146 V 240 E. 8.1 f.; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_594/2024 vom 20. Juni 2025 E. 4.1, 9C_138/2024 vom 3. Juli 2024 E. 4.4 und 9C_484/2022 vom 11. Januar 2023 E. 4.2). 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 (BGE 141 V 281) wie auch bei sämtlichen psychischen Störungen (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. Im strukturierten Beweisverfahren ist der Nachweis des funktionellen Schweregrades und der Konsistenz der Gesundheitsschädigung unter Verwendung sogenannter Indikatoren zu erbringen (vgl. KSIR, Stand 1. Januar 2025, Rz. 1105). 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; KSIR, Rz. 1105 bzw. Anhang I [des KSIR]).

E. 13

/ 27 residualaffektives Störungsbild (ICD-10 F11.72), aus (vgl. IV-act. 170 S. 36). Als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilten sie namentlich folgende Diagnosen (IV-act. 170 S. 36): ■ Status nach COVID-19-Infektion 01/2023 (ICD-10 U08.9) ■ Prädisposition nach WHO 2000 (ICD-10 E66.99) ■ Schilddrüsenknoten links, Erstdiagnose (ICD-10 E04.1): aktuell euthyreote Stoffwechsellage ■ Omarthrose rechte Schulter (ICD-10 M24.11) ■ Myalgie Schulterregion (ICD-10 M79.11) ■ Erhebliche Fehlstellung des rechten Armes aufgrund eines Geburtsgebrechens und damit verbundener muskulärer Dysbalance, Cervicalgien (ICD-10 M21.22) ■ Chronische Schulter-/Nackenschmerzen (ICD-10 M53.2) mit/bei Status nach Diskusher- nienoperation C5/6 2012 mit ausstrahlenden Schmerzen in den rechten Unterarm (ICD-10 Z98.8) ■ Chronische lumbale Schmerzen mit radiologischen degenerativen Veränderungen der unteren LWS-Segmente und linkskonvexer Lumbalskoliose (ICD-10 M54.5) ■ Verdacht auf schädlichen Gebrauch von Opioiden (ICD-10 F11.1) ■ Verdacht auf kognitive Störung (ICD-10 F06.7) bei Depression und/oder schädlichem Gebrauch von Opioiden oder unbekannter Genese,

Differenzialdiagnose nicht näher bezeichnete Demenz mit vorwiegend depressiven Symptomen (ICD-10 F03.3) ■ (Leichte) Panikstörung (ICD-10 F41.0) Im Zusammenhang mit den Diagnosen wiesen die Gutachterin und Gutachter darauf hin, dass im Rahmen der aktuellen Begutachtung keine Persönlichkeitsstörung habe diagnostiziert werden können und der neuropsychologische Gutachter angesichts der festgestellten Antwortverzerrung im Rahmen der Performanzvalidierung ausdrücklich auf die Stellung einer neuropsychologischen Diagnose verzichtet habe (vgl. IV-act. 170 S. 36 f.). Sodann führten sie aus, aus interdisziplinärer Sicht ergebe sich eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 40 % und in einer Verweistätigkeit von 20 % (vgl. IV-act. 170 S. 38). Zu den funktionellen Auswirkungen der Diagnosen hielten sie fest, auf orthopädischem Fachgebiet liege die Funktionseinschränkung der Beschwerdeführerin nahezu ausschliesslich im Bereich der rechten Schulter und des rechten Ellenbogengelenkes, wobei die angestammte Tätigkeit bereits einer optimal leidensangepassten Tätigkeit zu entsprechen scheine. Die relevanten

E. 14

/ 27 Einschränkungen ergäben sich aus dem psychiatrischen Fachgebiet und seien begründet durch Beeinträchtigungen bei der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Kompetenz- und Wissensanwendung, der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, der Proaktivität und den Spontanaktivitäten, der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten, inkl. Gruppenfähigkeit, sowie der Fähigkeit zur Selbstpflege und Selbstversorgung (vgl. IV-act. 170 S. 36 f.). Eine optimal angepasste Tätigkeit umfasse aus psychiatrischer Sicht eine einfache Tätigkeit mit wenig Stress, vielen Pausenmöglichkeiten, Ruhe sowie der Möglichkeit, eine Arbeit nach der anderen zu erledigen. Auf allgemein- internistischem, orthopädischem und neuropsychologischem Fachgebiet seien keine Anpassungen einer Tätigkeit notwendig (vgl. IV-act. 170 S. 41). Zum zeitlichen Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, aus interdisziplinärer Sicht könne die attestierte Arbeitsunfähigkeit in der angestammten sowie in einer angepassten Tätigkeit durchgehend seit Ende 2021 bestätigt werden (vgl. IV-act. 170 S. 41 f.). 8.2.1. Die Beschwerdeführerin bringt zunächst vor, dass für den Beginn der relevanten Arbeitsunfähigkeit nicht auf das estimed-Gutachten abgestellt werden könne, da die Gutachter eine rückwirkende Beurteilung über vier Jahre abgegeben hätten. Dabei moniert sie insbesondere, dass die Gutachterin und Gutachter den Verlauf des psychischen Gesundheitszustandes nicht genügend berücksichtigt hätten und sie zwar eine mittelgradige depressive Episode, nicht aber das Rezidiv, attestierten, obwohl vermehrte depressive Episoden in den Akten beschrieben seien. 8.2.2. Der psychiatrische Gutachter führte in seiner medizinischen Beurteilung zur gesundheitlichen Entwicklung aus, die Beschwerdeführerin berichte von einer ersten psychischen Krise nach der Geburt ihres ersten Kindes, die jedoch vorübergegangen sei. Eine weitere schwierige Phase sei nach einer Halswirbeloperation aufgetreten, als sie unter starken Schmerzen und vermutlich auch Depressionen gelitten habe. Seit sie krank sei, erlebe sie ein ständiges Auf und Ab ihrer Beschwerden. Sie könne jedoch nicht genau sagen, wann dies begonnen habe. Ihre Schmerzen würden Schultern, Arme, Hände (besonders rechts) sowie den Rücken betreffen. Die Schmerzen seien schon lange vorhanden und variierten in ihrer Intensität. Mit Schmerzmitteln seien sie auf ein erträgliches Niveau (sechs von zehn) reduzierbar, vollständig würden sie jedoch nie verschwinden. Die Gedächtnisprobleme beständen

ebenfalls schon lange, jedoch

E. 15

/ 27 ohne klaren zeitlichen Bezug. Sie erlebe psychisch phasenweise ein starkes Auf und Ab, was sich alle paar Monate abwechseln könne. In schlechten Phasen seien die Schmerzen besonders intensiv, begleitet von Angst- und Panikzuständen. Dies äussere sich vor allem in belastenden Situationen in Nervosität, schnellem Herzschlag, Stress sowie Durchfall (vgl. IV-act. 170 S. 187). Zur Herleitung der von ihm gestellten Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) führte der psychiatrische Gutachter aus, die Beschwerdeführerin beschreibe sich selbst nicht als deutlich depressiv, depressive Phasen kämen aber immer wieder vor, aktuell gehe es ihr gut. Der Psychostatus zeichne dann aber ein klares Bild einer Depression, die als mittelgradig einzustufen sei. Der klinische Eindruck widerspreche dieser Einschätzung nicht, aber sie sei nicht schwer, eher mit Tendenz zu leichter Depression einzuordnen (vgl. IV-act. 170 S. 193). Diese Ausführungen sind vor dem Hintergrund des von ihm erhobenen Psychostatus mit autopsychisch, zeitlich und örtlich klarer Desorientierung, eingeschränktem Vitalgefühl, Ängsten, hoffnungsloser Affektivität, wechselndem Antrieb, innerlichem Stress, Anspannung und Unruhe, deutlich sozialem Rückzug sowie Erinnerungslücken (vgl. IV-act. 170 S. 183 ff.) nachvollziehbar. 8.2.3. Soweit der psychiatrische Gutachter nach Auseinandersetzung mit den sich in den Akten befindlichen medizinischen Berichten in chronologischer Reihenfolge zum weiteren Schluss kam, dass eine rezidivierende Depression möglich, aber nicht belegt sei und die somatoformen Beschwerden nach ICD-10 nicht begründet würden, weshalb auch diese nur allenfalls möglich erschienen (vgl. IV-act. 170 S. 190; vgl. auch IV-act. 170 S. 193), kann ihm nicht gefolgt werden. Abgesehen davon, dass er an anderer Stelle selbst festhielt, dass sich nach der Aktenlage körperliche Schädigungen feststellen liessen, welche jedoch nicht ausreichend für das angegebene Schmerzerleben seien (vgl. IV-act. 170 S. 193), wies Dr. med. F._____, Oberarzt Schmerztherapie am Spital G._____, (G._____), im Bericht vom 4. Juni 2021 als Diagnosen aus dem psychiatrischen Fachgebiet eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) aus. Er führte aus, bereits im Oktober 2020 hätten eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik in der rechten Schulter sowie deutliche Anzeichen eines Erschöpfungszustandes mit Schlafstörungen, Gedankenkreisen und Gesundheitsängsten vorgelegen. Am Arbeitsplatz komme es sehr häufig zu Schmerzexazerbationen im Bereich der rechten Schulter, insbesondere bei Überforderungen. Aufgrund eines drohenden Erschöpfungszustandes im Rahmen der Depression und der chronischen Schmerzen sei die Zuweisung in die C._____ erfolgt (vgl. IV-act. 22 S. 2 f.). Der psychiatrische Gutachter ist der

E. 16

/ 27 Ansicht, dass hier eine somatoforme Schmerzstörung (noch) nicht belegt sei, da im Bericht von Dr. med. F._____ Mechanismen beschrieben würden, die zwar die Folge von auch psychischer Belastung sein könnten, für sich jedoch somatisch nachvollziehbar seien. An Medikation würden 75 mg Venlafaxin, 10 Tropfen Trimipramin und 100 mg Pregabalin angegeben. Die depressive Störung werde nicht hergeleitet, weder der Schweregrad noch warum eine rezidivierende Variante vorliegen solle (vgl. IV-act. 170 S. 188). Diesbezüglich gilt es festzuhalten, dass dem psychiatrischen Gutachter offensichtlich der Austrittsbericht der C._____ vom 28. April 2021 betreffend die stationäre

Rehabilitationsbehandlung vom 4. März 2021 bis zum 28. April 2021 (vgl. act. B.2) nicht vorlag, was sich auch aus der fächerübergreifenden Aktenzusammenfassung im estimed-Gutachten ergibt (vgl. IV-act. 170 S. 4 ff.). Der besagte Austrittsbericht befindet sich denn auch nicht in den IV-Akten. Allerdings geht aus den Akten mehrfach hervor – so etwa aus dem Bericht von Dr. med. F. _____ vom 4. Juni 2021 (IV-act. 22) – dass sich die Beschwerdeführerin beinahe zwei Monate in der C. _____ aufgehalten hatte. Für eine sorgfältige Gutachtenserstellung wäre es am psychiatrischen Gutachter gelegen, diesen Bericht einzufordern. So diagnostizierte Dr. med. H. _____, Oberärztin Psychosomatik der C. _____, im genannten Austrittsbericht vom 28. April 2021 nach entsprechender ausführlicher Anamneseerhebung und Testdiagnostik u.a. eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1). Dr. med. H. _____ stellte nach erhobenem, auffälligem Psychostatus als Symptome eine Erschöpfung, Ängste inkl. Paniksymptome (Herzrasen, Herzdruck, Angst vor der Angst, Schweissausbrüche, Schwindel), eine depressive Stimmung (Traurigkeit, Motivationsprobleme, Freudlosigkeit), einen sozialen Rückzug und Schmerzen im rechten Arm fest, wobei letztere vor ca. einem Jahr begonnen hätten. Die Beschwerdeführerin habe Angst davor, den Arm bzw. die Schulter operieren zu lassen. Sie habe vor zehn Jahren nach der Halswirbelsäulenoperation schlechte Erfahrungen gemacht, da sie starke postoperative Schmerzen erlebt habe und damit allein gelassen worden sei, so dass sie auch suizidale Gedanken entwickelt habe (vgl. act. B.2 S. 1 f. und S. 5). Die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ergab bei Eintritt einen Depressivitätswert von 14 Punkten, welcher auf eine starke psychische Belastung hindeutete. Sodann wies der Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15) bei Eintritt mit neun Punkten eine milde Symptomstärke/Somatisierung aus (vgl. act. B.2 S. 6). Ebenso geht aus dem Austrittsbericht hervor, weshalb eine rezidivierende Variante der depressiven Störung angenommen wurde. So habe bereits eine depressive Episode nach der Geburt des zweiten Sohnes der Beschwerdeführerin sowie nach der Halswirbelsäulenoperation bestanden (vgl. act. B.2 S. 2 und S. 4). Dies deckt

E. 17

November 2021, wonach der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin wieder so sei wie vor dem letzten Eintritt in die C. _____ [IV-act. 87 S. 9 und S. 11 f.]. Daraufhin folgte vom

E. 20

/ 27 verletzende Erlebnisse in ihrem Leben gegeben habe, über die sie noch nie gesprochen habe. Die Testdiagnostik zeigte einen HADS-Depressivitätswert von 14 Punkten bei Klinikeintritt und 11 Punkten bei Klinikaustritt, was weiterhin auf eine übermässige psychische Belastung hinwies. Im PHQ-15 ergab sich bei Austritt mit 16 Punkten eine stark ausgeprägte Somatisierung (vgl. IV-act. 114 S. 3 ff.). Der Leitende Arzt Dr. med. L. _____ führte in seiner Beurteilung aus, es persistierten im Rahmen der Symptome und Hauptdiagnosen stark ausgeprägte und komplexe funktionelle Einschränkungen, insbesondere im Bereich der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, der Kompetenz- und Wissensanwendung, der Planung und Strukturierung von Aufgaben und der Mobilität. Der allgemeine gesundheitliche Zustand der Beschwerdeführerin sei weiterhin als desolat und ohne wesentliche Besserungsaussicht zu bezeichnen. Die Prognose für die berufliche Reintegration im ersten Arbeitsmarkt erachtete er auf längere Sicht als schlecht, weshalb er eine vollständige Invalidenberentung empfahl (vgl. IV-act. 144 S. 6). Mit dieser

Beurteilung setzte sich der psychiatrische Gutachter wiederum mit dem pauschalen Verweis, wonach die Diagnosen nicht hergeleitet worden seien, nicht auseinander. 8.2.5. Soweit der psychiatrische Gutachter eine rezidivierende depressive Störung lediglich differenzialdiagnostisch auswies, überzeugt dies gestützt auf die oben aufgeführten, echtzeitlichen Berichte samt den darin enthaltenen Befundungen nicht. Ebenso erscheint der Ausschluss einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) fraglich, nachdem sich das Beschwerdebild seit dem Aufenthalt in der C._____ im Jahr 2021 diesbezüglich nicht veränderte und im letzten Aufenthalt im Jahr 2023 die Testdiagnostik eine stark ausgeprägte Somatisierung ergab. Selbst die Beschwerdegegnerin stellte in der angefochtenen Verfügung fest, dass sich die Beschwerdeführerin vor allem in Behandlung bei Schmerzspezialisten und in psychiatrischer und nicht in orthopädischer Behandlung befunden habe und befinde, was ebenfalls darauf hindeutet, dass der Schmerzproblematik eine psychische Komponente zugrunde liegt (vgl. IV-act. 191 S. 4). Allerdings gilt auch zu berücksichtigen, dass der psychiatrische SMAB-Gutachter im Rahmen der Begutachtung vom 16. Juni 2022 keine relevante psychische Komponente bei der Wahrnehmung der Schmerzen erfragen konnte (vgl. IV-act. 88 S. 52). Diesbezüglich bedarf es somit weiterer Abklärungen. 8.2.6. Gleichermassen ist – bei detaillierter Betrachtung des Verlaufs des psychischen Gesundheitszustandes – die Schlussfolgerung des psychiatrischen Gutachters, wonach eine Arbeitsfähigkeit von 60 % in der bisherigen Tätigkeit bzw. von 80 % in einer adaptierten Tätigkeit ab Ende 2021 gegeben sei, nicht

E. 21

/ 27 nachvollziehbar (vgl. IV-act. 170 S. 197 ff.). Gestützt auf die vorstehend genannten echtzeitlichen Berichte mit der entsprechenden Herleitung der Diagnosen und die Umstände, dass ab dem 19. November 2021 bis zum 25. März 2022 medizinisch eine volle Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde, dass aufgrund des seit November 2021 sowie Herbst 2022 verschlechterten Gesundheitszustandes jeweils ein erneuter Klinikaufenthalt notwendig wurde und dass der gesamte Haushalt grösstenteils vom Ehemann übernommen wurde (vgl. act. B.5), überzeugt die Annahme einer Arbeitsfähigkeit ab Ende 2021 nicht. So stellte denn auch die Beschwerdegegnerin gestützt auf die RAD-Beurteilung vom 28. März 2023 (IV-act. 195 S. 13) mit Vorbescheid vom 21. Juli 2023 noch die Zusprache einer befristeten ganzen Invalidenrente ab dem 1. Januar 2022 bis zum 31. August 2022 in Aussicht (vgl. IV-act. 120). Zudem unterliess es der psychiatrische Gutachter – wie rechtsprechungsgemäss gefordert – im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens anhand eines Katalogs von (Standard-)Indikatoren das unter Berücksichtigung sowohl leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren als auch von Kompensationspotentialen (Ressourcen) tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.6; Urteile des Bundesgerichts 8C_728/2024 vom 28. August 2025 E. 2 und 8C_520/2024 vom 27. März 2025 E. 3), sondern traf seine Folgenabschätzung aufgrund des durchgeführten Mini-ICF-APP-Ratings (vgl. IV-act. 170 S. 197), das praxisgemäss jedoch lediglich eine Ergänzung darstellen kann (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 28. Oktober 2019 E. 4.3). Ebenso wenig kann auf das SMAB-Gutachten vom 8. August 2022 abgestellt werden, da die Ausführungen des damaligen psychiatrischen Gutachters, wonach die Anamnese nicht auf eine eindeutige Diagnose aus dem depressiven Spektrum weder aktuell noch in früheren Zeiten schliessen lasse (vgl. IV-act. 88 S. 49), ebenfalls nicht im Einklang mit den echtzeitlichen Berichten stehen (vgl. so auch IV-act. 170 S. 189 f.; siehe

Erwägung 8.2.4 hervor). 8.3.1. Im Weiteren bemängelt die Beschwerdeführerin, dass die estimed- Gutachterin und Gutachter die kognitiven Einschränkungen nicht berücksichtigt hätten. Soweit sie in diesem Zusammenhang vorbringt, sogar der Abklärungsperson der Beschwerdegegnerin seien die kognitiven Einschränkungen aufgefallen, so dass diese das selbständige Kochen der Beschwerdeführerin als nicht mehr möglich beurteile habe, ist dies insoweit zu relativieren, als dass es sich bei der Abklärungsperson um keine medizinische Fachperson handelt (vgl. Abklärungsbericht vom 16./17. April 2025 [IV-act. 177]). In Fällen psychisch bedingter Invalidität ist bei sich widersprechenden Erkenntnissen aus der Abklärung

E. 22

/ 27 vor Ort und den fachmedizinischen Feststellungen rechtsprechungsgemäss in der Regel denn auch der ärztlichen Stellungnahme mehr Gewicht einzuräumen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_426/2024 vom 5. August 2025 E. 4.2). 8.3.2. Die estimed-Gutachterin und Gutachter wiesen als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Verdacht auf kognitive Störung (ICD-10 F06.7) bei Depression und/oder schädlichem Gebrauch von Opioiden oder unbekannter Genese, differenzialdiagnostisch nicht näher bezeichnete Demenz mit vorwiegend depressiven Symptomen (ICD-10 F03.3), aus (IV-act. 170 S. 36 und S. 192). Diesbezüglich ergibt sich aus dem estimed-Gutachten, dass die Beschwerdeführerin gegenüber dem neuropsychologischen Gutachter berichtet habe, unter einer ausgedehnten Vergesslichkeit bzw. Konzentrationsschwierigkeiten sowie Wortfindungsschwierigkeiten zu leiden (vgl. IV-act. 170 S. 95 f.). Der neuropsychologische Gutachter erachtete das Vorliegen einer negativen Antwortverzerrung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als erfüllt, weshalb aus den testologisch erzielten Daten nicht auf das tatsächliche Ausmass der neurokognitiven Funktionstüchtigkeit der Beschwerdeführerin geschlossen werden könne (vgl. IV-act. 170 S. 129). Angesichts der festgestellten Antwortverzerrung im Rahmen der Performanzvalidierung verzichtete dieser deshalb ausdrücklich auf die Stellung einer neuropsychologischen Diagnose (vgl. IV-act. 170 S. 126). Diesbezüglich gilt festzuhalten, dass die anderen Gutachter weder Inkonsistenzen noch eine Aggravation oder Simulation feststellen konnten, weshalb in der Konsensbeurteilung eine solche nicht beweiskräftig bestätigt werden konnte (vgl. IV-act. 170 S. 35, S. 70, S. 154 und S. 191 f.). Der psychiatrische Gutachter berücksichtigte die neuropsychologischen Ergebnisse lediglich insofern, als er in seinem Teilgutachten ausführte, der neuropsychologische Gutachter habe kognitive Probleme der Beschwerdeführerin festgestellt, im Rahmen der Beschwerdevalidierungen jedoch auch derart starke Auffälligkeiten, dass er damit keine kognitive Störung als Diagnose geben könne. Dennoch sei hier diskutiert, dass die Symptome, wie die Beschwerdeführerin sie beschreibe und wie sie auch in der Exploration wirke, auf eine dementielle Entwicklung hindeuten könnten. Dies auch aufgrund der festgestellten Probleme bei der neuropsychologischen Testung. Zudem könnten die kognitiven Störungen auch Nebenwirkungen des Opioidkonsums der Beschwerdeführerin darstellen (vgl. IV-act. 170 S. 193 f.). Trotz dieser Überlegungen unterliess es der psychiatrische Gutachter sodann aber, die neuropsychologischen Auffälligkeiten, welche Anlass zur Annahme einer negativen Antwortverzerrung boten, mit Blick auf plausible Alternativerklärungen im Sinne psychiatrischer oder entwicklungsbedingter Störungen in seiner Beurteilung tatsächlich zu würdigen und einzuordnen, wie dies rechtsprechungsgemäss

E. 23

/ 27 gefordert wird (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). Dies drängte sich allerdings umso mehr auf, als der neuropsychologische Gutachter in seinem Teilgutachten nicht alle Kriterien zur Simulationsabklärung von Shermann et al. (2020) als erfüllt erachtete, mithin keine Implausibilitäten und Inkonsistenzen im Verhalten feststellen konnte (vgl. C-Kriterium [IV-act. 170 S. 129]), und sodann insbesondere darauf hinwies, dass er zur Frage möglicher psychiatrischer, neurologischer oder entwicklungsbedingter Faktoren, welche dieses Verhalten erklären würden, keine Stellung nehmen könne, sondern es Aufgabe geeigneter Fachärzte sei festzustellen, ob eine Krankheit vorliege, die das festgestellte Verhalten rechtfertige (vgl. D-Kriterium [IV-act. 170 S. 129]). Insofern greift es zu kurz, bei den selbst durch den psychiatrischen Gutachter festgestellten kognitiven Auffälligkeiten, namentlich Erinnerungslücken (vgl. IV-act. 170 S. 186), lediglich einen Verdacht auf eine kognitive Störung bei Depression und/oder schädlichem Gebrauch von Opioiden bzw. unbekannter Genese, differenzialdiagnostisch nicht näher bezeichnete Demenz mit vorwiegend depressiven Symptomen, ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auszuweisen (vgl. IV-act. 170 S. 192).

8.3.3. Eine solche Verdachtsdiagnose ist auch gestützt auf die übrigen medizinischen Akten nicht nachvollziehbar. Bereits am 5. Juli 2021 erfolgte eine neuropsychologische Untersuchung bei den D._____, wobei die dortigen Testergebnisse als valide eingestuft wurden (vgl. IV-act. 32 S. 3). Untersuchungsanlass war, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen ihrer Arbeitstätigkeit nicht mehr gewusst habe, wie Jahresüberträge und Rechnungen zu verbuchen seien. Beim klinischen Untersuchungen waren ebenfalls Gedächtnisschwierigkeiten auffallend (vgl. IV-act. 32 S. 1 ff.). Die Untersuchung ergab insgesamt mittelschwere kognitive Funktionsminderungen. Im Vordergrund stünden schwere kognitive Leistungsminderungen in Teilbereichen der Exekutivleistungen (Umstellfähigkeit, Planungsfertigkeit) sowie mittelschwere kognitive Auffälligkeiten im auditiv-verbale Lernen und Gedächtnis. Weitere, leichtere Auffälligkeiten zeigten sich in attentiven Teilleistungen (sprachbasierte Verarbeitungsgeschwindigkeit) und im konzeptuellen Denken (Exekutivleistung). Weiter wurde im Bericht festgehalten, in Zusammenschau des fronto-temporal betonten Ausfallprofils mit Akzentuierung frontaler Defizite, des unauffälligen MRI- Befundes vom August 2018, des auffälligen EEG-Befundes im Rahmen der neurologischen Untersuchung vom November 2018 und der unauffälligen Lumbalpunktion aus dem Jahr 2018 könne ein frühzeitiger neurodegenerativer Prozess nicht ausgeschlossen werden. Aufgrund der fehlenden Progredienz der Gedächtnisdefizite und unauffälligen Lumbalpunktion aus dem Jahr 2018 sei eine

E. 24

/ 27 Demenz vom Alzheimer-Typ unwahrscheinlich. Für eine abschliessende ätiologische Erklärung und bezüglich Diagnostik und Differenzialdiagnostik (Depressionssymptomatik DD FTLD) der neurokognitiven Defizite empfahlen die Fachpersonen eine weiterführende bildgebende Untersuchung im Sinne eines FDG-PET (vgl. IV-act. 32 S. 5). Die entsprechende FDG-PET Untersuchung vom 8. September 2021 ergab zwar kein Hinweis auf einen kortikalen Hypometabolismus hinweisend auf eine dementielle Erkrankung (vgl. IV-act. 42), dennoch finden sich die kognitiven Funktionsstörungen auch im weiteren Verlauf der Akten, wobei der Ursprung unklar blieb. So hielten die Fachpersonen der D._____ in ihren Berichten vom 16. März 2022 (IV-act. 82 S. 1 ff.), vom 28. März 2022 (IV-act. 88 S. 11) und vom 31. März 2022 (IV-act. 88 S. 14) Gedächtnisstörungen im Sinne von Störungen in der Konzentration, Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit fest und wiesen

diesen Einschränkungen – im Gegensatz zum estimed-Gutachten – Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu, indem sie ausführten, dass die Gedächtnisstörungen die Beschwerdeführerin an einer vollständigen Arbeitsfähigkeit hindern würde. Die SMAB-Gutachter stellten in ihrem Gutachten vom 8. August 2022 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sodann eine unspezifische hirnorganische psychische Störung mit mittelschweren kognitiven Störungen (ICD-10 F06.8). Auch der psychiatrische SMAB-Gutachter sah in den Befunden einer mittelschweren kognitiven Funktionsminderungen die aus psychiatrischer Sicht wesentlichen und für die Arbeitsfähigkeit relevanten Beeinträchtigungen. Zudem hielt er einen Zusammenhang mit der früheren Borrelioseinfektion für möglich (vgl. IV-act. 88 S. 20, S. 49 und S. 52). Im Austrittsbericht der C._____ vom 24. März 2023 wird als Nebendiagnose eine mittelschwere kognitive Funktionsstörung (ED 8/2021) bisher unklarer Genese aufgeführt. Gemäss Angaben der Beschwerdeführerin habe sich die ausgeprägte Vergesslichkeit seit der Hospitalisation im Jahr 2021 nie gebessert. Der Leitende Arzt Dr. med. L._____ führte aus, die bereits im Vorfeld abgeklärten kognitiven Funktionsstörungen hätten sich in sämtlichen Therapiegesprächen als Erinnerungslücken sowohl zu weit zurückliegenden Ereignissen als auch betreffend Inhalten aus vorangehenden Sitzungen bemerkbar gemacht (vgl. IV-act. 114). Hinzu kommt, dass im Mai 2025 durch Dr. med. M._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, ein Moca-Test durchgeführt wurde, welcher mit 18/30 Punkten im Vergleich zum Jahr 2021 mit 24/30 Punkten deutlich schlechter ausgefallen und hinweisend auf eine Progression der Kognitionsstörung sei (vgl. act. B.7). Demnach bedarf es auch in Bezug auf die kognitiven Einschränkungen weiterer Abklärungen, nachdem solche in den Akten von allen Fachpersonen festgestellt wurden, diesen auch Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zugeschrieben wurden und eine Progression derselben im Raum steht.

E. 25

/ 27

E. 26

/ 27 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).

E. 27

/ 27 Es wird erkannt:

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