

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2024/165 vom 20. August 2025**

Sg Versicherungsgericht, 2025-08-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2024\\_165](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2024_165)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2024/165 du 20 août 2025

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2024/165 del 20 agosto 2025

## **Regeste**

Art. 17 Abs. 1 analog, Art. 44 ATSG; Art. 28 IVG; Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV analog. Eintreten auf eine Neuanschuldung zum Leistungsbezug und Bestätigung des Rentenentscheids der Beschwerdegegnerin. Das polydisziplinäre Gutachten beruht auf einem umfassenden Aktenstudium sowie auf ausführlichen Befragungen und umfangreichen klinischen Untersuchungen der Beschwerdegegnerin. Auf das polydisziplinäre Gutachten darf daher abgestellt werden. Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene leidensbedingte Abzug von 10 % ist angemessen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. August 2025, IV 2024/165). Beim Bundesgericht angefochten.

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Vorliegend strittig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente im Rahmen einer Neuanschuldung. Zur Frage steht insbesondere, ob auf das polydisziplinäre Gutachten der medexperts ag vom 27. November 2023 (vgl. IV-act. 247) abgestellt werden kann, und weiter, ob vom Invalideneinkommen ein leidensbedingter Abzug vorzunehmen ist. Da im vorliegenden Fall der frühestmögliche Beginn des potentiellen Rentenanspruchs – unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Karenzfrist (Art. 29 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]; Anmeldung September 2021) – auf den 1. März 2022 fällt, gelangen zur Beurteilung des Rentenanspruchs die Bestimmungen des IVG und für die Zeit bis zum 31. Dezember 2023 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der Fassung vom 1. Januar 2022 zur Anwendung. Für die Zeit ab dem 1. Januar 2024 sind die Bestimmungen der IVV in der Fassung gültig ab dem 1. Januar 2024 anwendbar (IV-Rundschreiben Nr. 432 vom 9. November 2023, Ziff. 2).

### **E. 2.1**

Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit wird in Art. 7 Abs. 1 ATSG als der durch eine 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 definiert. Die Invalidität ist grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei 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 kann (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG).

### **E. 2.2**

mit Hinweisen), geht in den angefochtenen Verfügungen gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der medexperts ag vom 27. November 2023 (IV-act. 247) und die Stellungnahme des RAD vom 29. November 2023 (IV-act. 251) von einer im Vergleich zur letzten polydisziplinären Begutachtung durch die Klinik Valens vom 27. März 2009 und dem psychiatrischen Gutachten von med. pract. B. \_\_\_ vom 16. Januar 2015 massgeblichen Veränderung des gesundheitlichen Zustands der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht sowie von einer rein psychisch bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angestammter sowie in angepasster Tätigkeit von 50 % vom 1. September 2021 bis 12. November 2023 bzw. 30 % ab 13. November 2023 aus.

### **E. 3**

Die Beschwerdegegnerin, die zu Recht auf die im September 2021 eingereichte Neuanmeldung der Beschwerdeführerin eingetreten ist (vgl. Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV; vgl. auch BGE 130 V 71 E.

#### **E. 3.1**

Nachfolgend zu prüfen ist, ob das polydisziplinäre Gutachten beweiskräftig ist und darauf abgestützt werden kann.

#### **E. 3.2**

Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurde die Gesamtarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ab 13. November 2023 von 70 % in angestammter (als Maschinenführerin in der Produktion) und adaptierter Tätigkeit (siehe sogleich) wie folgt begründet: «Die Gesamt-Arbeitsfähigkeit entspricht derjenigen auf psychiatrischem Gebiet, da in den anderen untersuchten Fachbereichen keine Erkrankungen mit dauerhafter Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt werden konnten. Zwar IV 2024/165 6/17

wurden von orthopädischer Seite keine qualitativen Einschränkungen bei der Arbeitsfähigkeit festgestellt, diese sind aber aufgrund der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung dennoch zu berücksichtigen, denn dadurch wird die Schmerzempfindung verstärkt und die Schmerztoleranz herabgesetzt. Die muskuloskelettalen Einschränkungen entstehen also nicht rein somatisch, sondern kombiniert somatisch-psychisch». Folgende Anpassungen seien zu berücksichtigen: geistig wenig belastende Tätigkeiten, nämlich vorstrukturierte und seriell erbringbare Tätigkeiten ohne Zeitdruck und ohne besondere Verantwortung; Tätigkeiten ohne stärkere emotionale Belastungen, auch hinsichtlich Arbeitsklima bei niederfrequentem Personenkontakt und ohne intensive Teamarbeit; leichte bis fallweise mittelschwere Tätigkeiten im Wechselrhythmus ohne längere

Haltungskonstanz und ohne Einnahme ungünstiger Körperpositionen. Nachfolgend ist auf die einzelnen Teilgutachten einzugehen, wobei die somatischen Teilgutachten nur kurz beleuchtet werden, da die Beschwerdeführerin seit Jahren nicht mehr in somatischer Behandlung steht, sondern einzig in psychiatrischer Behandlung und in den Akten bezüglich somatischer Beschwerden einzig ein Arztbericht des Hausarztes vom 25. Oktober 2022 liegt.

### **E. 3.2.1**

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, hielt fest, dass unter Berücksichtigung der Diagnosekriterien der ICHD 3 eine Migräne bestehe, wobei sich jedoch keine typische Aura abgrenze. Zusätzlich liessen sich jedoch auch chronische Spannungskopfschmerzen abgrenzen, die sehr wahrscheinlich einen psychosomatischen Hintergrund hätten. Darüber hinaus sei festzustellen, dass aufgrund der seit Jahren täglichen Einnahme von Analgetika eine hohe Wahrscheinlichkeit eines Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerzes bestehe (IV-act. 247-22). Die geschilderten Störungen bei Migränekopfweh mit Einschränkungen beim Sprechen in Kombination mit muskulärem Versteifungsgefühl am Körper und mit cheiroomalen Parästhesien liessen sich am ehesten als Folge eines – vermutlich angstinduzierten – Hyperventilationsmechanismus deuten. Insgesamt seien die Kopfschmerzen sehr stark angstbegleitet, was jedoch bei bis anhin nicht zufriedenstellender Analgesie mit Sekundärangst vor den zu erduldenen Schmerzen verständlich sei. Aufgrund der Zusammenhänge Psyche/Kopfschmerz sei eine interdisziplinäre Schmerztherapie mit Ausnutzung auch psychiatrischer schmerztherapeutischer Massnahmen sinnvoll (IV-act. 247-23). Sodann würden sich für die Insomnie keine neurologischen Ursachen finden lassen, sodass vorwiegend eine psychophysiologische Ursache bestehe. Hinsichtlich der berichteten chronischen Schmerzen im Nacken- und Rückenbereich würden sich keine Hinweise für eine zervikoradikuläre Kompression bzw. Irritation ergeben (IV-act. 247-23). Bei der Untersuchung aufgefallen sei der Tremor, der sich weder ruhebetont noch aktionell betont gezeigt habe. Das Tremormuster sei klinisch nicht sicher zuordenbar, da kein essenzieller Tremortyp und keine klinisch-neurologischen Hinweise für eine extrapyramidalmotorische Erkrankung vorliegen würden. Es stelle sich insofern die Frage nach einem psychogenen Tremor (im Gegensatz zu einem somatischen Tremor). Da der Tremor als psychiatrisch anzusehen sei, werde er neurologisch nicht bewertet und auch diagnostisch nicht erfasst (IV-act. 247- IV 2024/165 7/17

23). Zusammenfassend würden sich aus neurologischer Sicht keine signifikanten Einschränkungen ergeben. Neurokognitive überdauernde bzw. hirnschädigungsbedingte Einschränkungen würden sich aktuell nicht abgrenzen (IV-act. 247-25). Seit der letzten polydisziplinären Begutachtung durch die Klinik Valens vom 27. März 2009 (IV-act. 45) und dem psychiatrischen Gutachten von med. pract. B.\_\_\_\_ vom 16. Januar 2015 (IV-act. 136) hätte sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert. Zwar trete aktuell die Misch-Kopfschmerzsymptomatik etwas mehr hervor; diese wirke sich jedoch nicht dauerhaft einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit aus (IV-act. 247-26). Auf neurologischem Gebiet ergebe sich sowohl in der angestammten als auch in angepasster Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (IV-act. 247-25).

### **E. 3.2.2**

Die orthopädische Sachverständige, Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte fest, dass die Beschwerdeführerin nicht in orthopädischer Behandlung stehe. Letzte Massnahmen wie Physiotherapie oder Massagen seien vor fünf oder zehn Jahren ergriffen worden (IV-act. 247-33). Es bestünden keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit liessen sich rezidivierende Beschwerden der Wirbelsäule bei Fehlstatik, Haltungsinsuffizienz, muskulärem Hartspann und verschmächtingter Rumpfmuskulatur (ICD-10 M43.19) sowie radiologisch beginnende degenerative Veränderungen der unteren Hals- und Lendenwirbelsäule (ICD-10 M54.83, M54.5) erheben (IV-act. 247-33). Zusammenfassend würden sich aus orthopädischer Sicht keine Anhalte darauf ergeben, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der letzten polydisziplinären Begutachtung vom 27. März 2009 und dem psychiatrischen Gutachten vom 16. Januar 2015 verschlechtert habe (IV-act. 247-35). Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin im 100%-Pensum sei anhand der erhobenen Untersuchungsbefunde aus orthopädischer Sicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit ohne Einschränkungen der Leistungsfähigkeit auszugehen. Bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ergebe sich eine im 100%-Pensum volle Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte Tätigkeiten, die bevorzugt aus wechselnder Ausgangslage verrichtet werden können (IV-act. 247-34). Ein entgegenstehender ärztlicher Bericht ist nicht aktenkundig.

### **E. 3.2.3**

Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Rheumatologie, führte aus, allgemein-internistisch seien viele funktionelle Beschwerden zu erwähnen, nämlich Reizmagen- und Reizblasen-Beschwerden, Schlafstörungen und Müdigkeitssymptome. Rheumatologisch zeige sich ein ausgedehntes fibromyalgisches Beschwerdebild vorwiegend zervikocephal und -brachial sowie panvertebral (fibromyalgisches Schmerzsyndrom nach ICD-10 M79.0; IV-act. 247-58). Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestünden nicht (IV-act. 247-58). Anamnestisch festzustellen sei eine Dekonditionierung aus psychosozialen Gründen (IV-act. 247-58). Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich aus allgemein-internistischer IV 2024/165 8/17

Sicht nicht verschlechtert seit der letzten polydisziplinären Begutachtung vom 27. März 2009 und dem psychiatrischen Gutachten vom 16. Januar 2015 (IV-act. 247-59).

Allgemein-internistisch habe im vieljährigen Verlauf nie eine andauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden (IV-act. 247- 58). Ein entgegenstehender ärztlicher Bericht liegt nicht bei den Akten.

### **E. 3.2.4**

Der psychiatrische Sachverständige, Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, beschreibt im Teilgutachten, dass sich aufgrund der Symptome und Beschwerden der Beschwerdeführerin die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, rechtfertige (negative pessimistische Zukunftsperspektiven, Schlafstörungen sowie ein vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen). Des Weiteren finde sich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Die vorherrschende Beschwerde eines andauernden schweren quälenden Schmerzes liesse sich nicht hinreichend durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung erklären. Der Schmerz trete in Verbindung mit emotionalen Konflikten und psychosozialen

Belastungen auf. Diesen komme die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exacerbation und Aufrechterhaltung der Schmerzen zu. In diesem Kontext einer somatoformen Störung sei auch der Tremor, der neurologisch als irregulär und keinem Krankheitsbild zuordenbar bezeichnet worden sei, zu verstehen. Zudem liege eine generalisierte Angststörung vor (motorische Anspannung, körperliche Unruhe, Zittern, Unfähigkeit sich zu entspannen, gewisse vegetative Übererregbarkeit mit auch anamnestisch Schwindelgefühlen und erhöhter «Vigilanz»). Auch die von der Beschwerdeführerin beschriebenen und zuvor auch psychotisch gedeuteten «Stimmen und auch Bilder des verstorbenen Vaters und auch verstorbenen Bruders» seien nicht als psychotisch, sondern im Sinne einer phasenweise stark erhöhten Vigilanz bei zugrundeliegender Angststörung zu interpretieren, da sie zumeist wohlwollend unterstützend seien und ihr hilfreich zusprechen würden, ohne dass dies auch in der vertieften Exploration auf psychotisches Erleben hinweisen würde. Die von der Beschwerdeführerin beschriebenen «Panikattacken» würden nicht die diagnostischen Kriterien (u.a. keine objektive Gefahr, plötzlich «aus heiterem Himmel auftretend», nicht vorhersehbar, dazwischen angstfreie Phasen) einer Angst- und Panikstörung erfüllen, sondern seien eher als klassische phobische Angstsituationen («-attacken») zu werten, ausgelöst durch unbekannte Leute, Ärzte etc. (IV-act. 247-46). Hinzu kämen spezifische Phobien (Klaustrophobie, Höhenangst, soziale Phobie; IV-act. 247-46 f.). Sodann würden vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale) geschildert, wobei anamnestisch eine übertriebene Ordnung und Sauberkeit durch laufende Kontrollen beschrieben würden, jedoch ohne, dass diese ein Ausmass mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Ebenso bestünden akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen Anteilen, was sich durch eine Neigung zu eher verstärkter und demonstrativer Darstellung von Inhalten, auch Beschwerden, zeige. Eine Persönlichkeitsstörung könne hingegen nicht diagnostiziert werden, da die hierzu notwendigen Kriterien nach ICD-10 nicht ausreichend erfüllt erscheinen würden (IV-act. 247-47). Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 IV 2024/165 9/17

F33.0), die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.0) und die generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) zu nennen. Keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit würden die Diagnosen akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen Anteilen (ICD-10 Z73.1), spezifische Phobien (Höhenangst, Klaustrophobie, soziale Phobie) (ICD-10 F40.2, F40.1) und vorwiegende Zwangshandlungen (Zwangsrituale; ICD-10 F42.1) entfalten (IV-act. 247-47). Dr. K.\_\_\_\_ führte aus, dass trotz der (von den Behandlern) gestellten Diagnose einer schweren depressiven Episode mit als erheblich beschriebenem Leidensdruck und Leiden seitens der Beschwerdeführerin keine stationäre psychiatrische Behandlung oder auch sonst intensivere, auch medikamentöse Behandlung, stattgefunden habe. Die zuletzt durchgeführte teilstationäre tagesklinische Behandlung habe gemäss Angaben der Beschwerdeführerin bis März 2022 sehr niederfrequent an zwei bis maximal drei Nachmittagen pro Woche stattgefunden. Des Weiteren hätten offensichtlich ambulante Termine maximal alle zwei bis vier Wochen stattgefunden. Die beschriebenen Behandlungsmassnahmen (keine über die tagesklinische Behandlung während zwei Tagen pro Woche hinausgehende stationäre psychiatrische Behandlung oder auch sonst intensivere Behandlung, ambulante Termine maximal alle zwei bis vier Wochen, keine Verordnung von Antipsychotika oder von beispielsweise schlafanstossenden Medikamenten trotz der von den behandelnden Ärzten dargestellten Schwere mit als psychotisch beschriebenen Symptomen) seien mit dem dargestellten und Schweregrad der

beschriebenen Störungen aus versicherungsmedizinischer Sicht kaum vereinbar. Es bestehe (bestimmt sicherlich insbesondere auch durch die phobische Angstsymptomatik) eine zunehmende Vermeidungshaltung, auch ein regressives Verhalten, verbunden mit einer deutlichen Dekonditionierung (so habe die Beschwerdeführerin angegeben, den öffentlichen Verkehr nicht mehr zu benutzen, da sie nicht mehr gewohnt sei, diesen zu nutzen, und nicht wisse, was zu tun wäre). In Anbetracht der bisherigen Entwicklungen, der Chronizität und auch der zunehmenden Symptomfixierung seien die Heilungschancen mit Zurückhaltung zu betrachten (IV-act 247-48). Gemäss Mini-ICF-APP fänden sich in den zu beurteilenden Fähigkeiten mässig ausgeprägte Beeinträchtigungen im Bereich Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Widerstands- und Durchhaltefähigkeit sowie Selbstbehauptungsfähigkeit, welche jeweils primär zu einem Rückzugs- und Vermeidungsverhalten seitens der Beschwerdeführerin führen würden. Gleiches gelte betreffend Umsetzung von Proaktivität und Spontanaktivität. Eine mässige bis sogar erhebliche Ausprägung würde sich im Bereich Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten sowie Gruppenfähigkeit zeigen, was allerdings ebenfalls primär durch ein Vermeidungs- und Rückzugsverhalten gekennzeichnet sei. Leicht bis mässig ausgeprägte Beeinträchtigungen fänden sich im Bereich Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit (der Ehemann oder auch der Sohn würden Dinge für sie erledigen, sie habe sich zurückgezogen) sowie Anpassung an Regeln und Routinen und Planung und Strukturierung, wobei auch diese von einem Vermeidungsverhalten geprägt seien (IV-act. 247-49). Nach dem Gesagten habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht seit der letzten polydisziplinären Begutachtung vom 27. März 2009 und dem psychiatrischen Gutachten vom 16. Januar 2015 insofern IV 2024/165 10/17

mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert, als nun die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sowie einer generalisierten Angststörung gestellt würden (IV-act. 247-50). Zusammenfassend werde die Arbeitsfähigkeit für den Zeitraum ab September 2021 bis zur aktuellen Untersuchung (13. November 2023) sowohl in angestammter als auch in angepasster Tätigkeit mit 50 % beurteilt. Ab der durchgeführten Untersuchung werde die Arbeitsfähigkeit mit 70 % beurteilt (IV-act. 247-49 f.).

### **E. 3.3**

Die Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt, das Teilgutachten des psychiatrischen Sachverständigen widerspreche dem Bericht von pract. med. G. \_\_\_ vom 21. März 2024, womit Ersterem kein Beweiswert zukomme. Der psychiatrische Gutachter gehe nämlich von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichten Episode aus, während pract. med. G. \_\_\_ eine gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen diagnostiziert habe (act. G1-4 Ziff. 5 f.). In Bezug auf die Konsensbeurteilung führt die Beschwerdeführerin aus, dass im Gutachten zwar festgestellt werde, dass die Beschwerden in orthopädischer Hinsicht im Rahmen der Gesamtbeurteilung zu berücksichtigen seien (IV-act. 247-9), dies jedoch bei der Festlegung der Arbeitsunfähigkeit nicht der Fall gewesen sei. In psychiatrischer Hinsicht sei aufgrund der gestellten psychiatrischen Diagnosen eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und ab dem Zeitpunkt der Begutachtung von 30 % attestiert (IV-act. 247-49). Die im Rahmen der Gesamtbeurteilung festgestellte Wechselwirkung von orthopädischen und psychischen Leiden werde demnach vollständig ausser Acht gelassen. Auch fehle es an einer Begründung, weshalb die festgestellten Wechselwirkungen schliesslich doch keinen Einfluss auf die Einschätzung

der Gesamtarbeitsfähigkeit haben sollten. Die interdisziplinäre Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit erweise sich damit als nicht schlüssig (act. G1-5 Ziff. 7). Schliesslich sei der vom Neurologen diskutierte Tremor im Rahmen der Konsensbeurteilung nicht erörtert worden. Gemäss Neurologen sei der Tremor aufgrund der Situationsspezifität und dessen Muster wesentlich wahrscheinlicher als psychogener statt als somatisch bedingter Tremor zu werten (IV-act. 247-29). Dieser Umstand sei im Rahmen der Konsensbeurteilung nicht beachtet worden, womit das Gutachten unvollständig sei (act. G1-5 Ziff. 8).

#### **E. 3.4**

Hinsichtlich der Einwände zur Einstufung der Depression ist vorerst darauf hinzuweisen, dass Dr. K.\_\_\_\_ einlässlich und nachvollziehbar dargelegt hat, wieso entgegen dem Bericht der Psychiatrie C.\_\_\_\_ vom 19. Juli 2023 nicht von einer schweren depressiven Episode ausgegangen werden kann (vgl. dazu IV-act. 247-45 ff. sowie vorstehende E. 3.2.4). Seine Einschätzung leuchtet mit Blick auf die gutachterlichen Verhaltensbeobachtungen, den erhobenen Untersuchungsbefund und die Intensität der in Anspruch genommenen Behandlung ein. Was die von med. pract. G.\_\_\_\_ genannten «psychotischen Symptome» betrifft, so hat Dr. K.\_\_\_\_ erklärt, wieso die als psychotisch eingestuften Züge im Sinne einer phasenweise stark erhöhten Vigilanz bei zugrundeliegender Angststörung zu interpretieren seien. Im vorliegenden Fall war dem Gutachter die Beurteilung der Behandlerin aufgrund der in den Akten IV 2024/165 11/17

liegenden Berichte bereits bekannt. Mit ihrer Stellungnahme vom 21. März 2024 (act. G1.3) zeigte med. pract. G.\_\_\_\_ keine neuen, vom Gutachter unberücksichtigten Aspekte auf (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juli 2025, 8C\_28/2025, E. 5.2.1). Dem Einwand der Beschwerdeführerin, die Beschwerden in orthopädischer Hinsicht würden entgegen den Angaben im Gutachten schliesslich nicht bei der Beurteilung der Gesamtarbeitsfähigkeit miteinbezogen, ist zu entgegnen, dass gemäss Aussage, auf welche sich die Beschwerdeführerin bezieht, diese «aufgrund der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung» zu berücksichtigen seien. Orthopädischerseits konnte nämlich keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erstellt werden. Diese orthopädisch geltend gemachten Beschwerden wurden daher – wie gemäss Aussage im Gutachten vorgesehen (IV-act. 247-9) – durch die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.0) als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit berücksichtigt. Zudem wurde auch der psychogene Tremor in die Gesamtbeurteilung einbezogen. Dr. K.\_\_\_\_ beurteilte diesen als mit der somatoformen Schmerzstörung zusammenhängend. Der Tremor trete in Verbindung mit emotionalen Konflikten und psychosozialen Belastungen auf (vgl. vorstehende E. 3.2.4). Der Neurologe hat mit nachvollziehbarer Begründung festgehalten, dass der Tremor psychiatrisch und nicht neurologisch zu bewerten sei und «die Tremor- Erscheinungen [...] sehr wahrscheinlich nur situativ in seltenen psychischen Belastungssituationen auf[treten] [würden]» (IV-act. 247-24). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin wurden – wie gesagt – die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.0), und damit auch der als psychogen bezeichnete Tremor, bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt.

#### **E. 3.5**

Die Expertise in der Gesamtbeurteilung und ihre Teilgutachten beruhen auf einem umfassenden Aktenstudium sowie auf ausführlichen Befragungen und umfangreichen klinischen Untersuchungen der Beschwerdegegnerin. Die Gutachterin und Gutachter setzten sich mit den bisherigen fachärztlichen Berichten auseinander, begründeten

divergierende Einschätzungen schlüssig und beantworteten eingehend und nachvollziehbar die von der Beschwerdegegnerin gestellten Fragen, namentlich auch jene zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit und der Veränderung des Gesundheitszustands. Im psychiatrischen Teilgutachten finden sich in Orientierung an die normativen Vorgaben gemäss BGE 141 V 281 nachvollziehbare Ausführungen zur Konsistenz und Plausibilität sowie zu Ressourcen und Belastungen. Bei der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit wurde den sich aus den psychiatrischen Erhebungen ergebenden Einschränkungen Rechnung getragen. Es ist auch nachvollziehbar, dass die Gutachter von Inkonsistenzen ausgingen und diese bei ihrer Beurteilung berücksichtigten. Die Beurteilungen im Konsens und in den Teilgutachten erfüllen vollends die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen und bilden eine beweistaugliche Grundlage für die Beurteilung der streitigen Belange; ihnen kommt volle Beweiskraft zu. Es bestehen keine konkreten Indizien gegen deren Zuverlässigkeit. Dementsprechend durfte sich auch der RAD-Arzt in seiner Beurteilung vom 29. November 2023 (IV- act. 251) vollumfänglich auf diese abstützen. Auszugehen ist demnach vom 1. September 2021 bis 12. IV 2024/165 12/17

November 2023 von einer 50%igen bzw. ab 13. November 2023 von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in angestammter sowie adaptierter Tätigkeit.

#### **E. 4.1**

Basierend auf den ermittelten Arbeitsfähigkeiten sind allfällige erwerbliche Auswirkungen der Leistungsbeeinträchtigung zu prüfen. Dabei ist der Invaliditätsgrad anhand eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. vorstehende E. 2.1).

#### **E. 4.2.1**

Massgebend für das Valideneinkommen ist, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und ihrer persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im massgebenden Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns verdient hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Dabei ist in der Regel am zuletzt – d.h. grundsätzlich vor dem Beginn der unfallbedingten ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit – erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Lohn anzuknüpfen, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre; Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 18. März 2015, 8C\_590/2014, E. 5.1). Ist ein konkreter Lohn nicht eruierbar, war die versicherte Person zur Zeit des Eintritts des Gesundheitsschadens arbeitslos oder hätte sie ihre bisherige Stelle auch ohne die gesundheitliche Beeinträchtigung in der Zeit bis zum Rentenbeginn verloren, können die Zahlen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) herangezogen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. August 2017, 8C\_382/2017, E. 2.3.1).

#### **E. 4.2.2**

Die Beschwerdeführerin verfügt über keine in der Schweiz anerkannte Ausbildung und war bis 2007 als Produktionsmitarbeiterin tätig. Daher stufte sie die Beschwerdegegnerin zu Recht als Hilfsarbeiterin ein und stellte entsprechend auf die LSE für Hilfsarbeiterinnen ab.

#### **E. 4.3**

Da die Beschwerdeführerin nach wie vor keiner Erwerbstätigkeit nachgeht, ist auch für die Bestimmung des Invalideneinkommens auf die LSE abzustellen. Da die beiden Vergleichseinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen sind, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad nämlich dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juni 2022, 8C\_104/2021, E. 6.2 mit Hinweisen; sogenannter Prozentvergleich).

#### **E. 4.3.1**

Wird das Invalideneinkommen – wie vorliegend – auf der Grundlage der LSE ermittelt, ist der so erhobene Ausgangswert gemäss bisheriger Rechtsprechung allenfalls zu kürzen. Damit soll der IV 2024/165 13/17

Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und die versicherte Person je nach Ausprägung deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen. Dem Abzug kommt als Korrekturinstrument bei der Festsetzung eines möglichst konkreten Invalideneinkommens laut Bundesgericht überragende Bedeutung zu (BGE 148 V 174 E. 9.2.2, mit Verweisen). Bei der Überprüfung des gesamthaft vorzunehmenden Abzugs darf das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich somit auf Gegebenheiten abstützen können, die seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 126 V 75 E. 6).

#### **E. 4.3.2**

Die Beschwerdegegnerin gewährte der Beschwerdeführerin in Anwendung von Art. 26bis Abs. 3 IVV (in der jeweils anwendbaren Fassung; siehe nachstehende E. 4.3.4 und 4.3.6) für jene Zeit, in welcher sie nur zu 50 % arbeitsfähig war, den Teilzeitabzug in Höhe von 10 %. Anschliessend berücksichtigte sie den ab 1. Januar 2024 geltenden Pauschalabzug in Höhe von 10 % (act. G4-8).

#### **E. 4.3.3**

Dagegen vertritt die Beschwerdeführerin die Ansicht, die Beschwerdegegnerin habe dadurch, dass sie beim Invalideneinkommen einen Pauschalabzug von 10 % vorgenommen habe (IV-act. 254, 355), den Umständen des Einzelfalls – wie vom Bundesgericht verlangt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 8. Juli 2024, 8C\_823/2023 [= BGE 150 V 410]) – nicht Rechnung getragen. Sie habe ihr Ermessen unterschritten und damit eine Rechtsverletzung begangen (act. G1-6 Ziff. 9 ff.). Im vorliegenden Fall rechtfertige sich ein Abzug vom Tabellenlohn in Höhe von 25 % (act. G1-9 Ziff. 22). Zur Begründung führt sie Folgendes aus: Die Verwertbarkeit ihrer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit werde durch das eingeschränkte Zumutbarkeitsprofil (geistig wenig belastende Tätigkeiten, nämlich vorstrukturierte und seriell erbringbare Tätigkeiten ohne Zeitdruck und ohne besondere Verantwortung, Tätigkeiten ohne stärkere emotionale Belastungen, auch hinsichtlich Arbeitsklima bei niederfrequentem Personenkontakt und ohne intensive Teamarbeit sowie

leichte bis fallweise mittelschwere Tätigkeiten im Wechselrhythmus ohne längere Haltungskonstanz und ohne Einnahme ungünstiger Körperpositionen; Adaptionskriterien gemäss IV-act. 247-9) beeinträchtigt. Dies müsse beim Abzug berücksichtigt werden (act. G1-6 f. Ziff. 13). Medizinisch werde zudem lediglich eine Teilarbeitsunfähigkeit von 70 % attestiert (IV-act. 247-93; richtig: «Teilarbeitsfähigkeit» oder aber «30 %»; act. G1-7 Ziff. 14). Zu berücksichtigen seien aber auch jene gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die gemäss Gutachten ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit blieben. Dies seien gemäss psychiatrischem Teilgutachten (vgl. IV-act. 247-47) akzentuierte Persönlichkeitszüge mit IV 2024/165 14/17

histrionischen Anteilen (ICD-10 Z73.1), spezifische Phobien (Höhenangst, Klaustrophobie, soziale Phobie) (ICD-10 F40.2; F40.1) und vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale; ICD-10 F42.1; act. G1-7 Ziff. 15), gemäss neurologischem Teilgutachten (vgl. IV-act. 247-24) Kombinationskopfschmerz (ICD-10 G44.8) mit/bei Migräne ohne Aura (ICD-10 G43.0), chronischen Spannungskopfschmerzen (ICD-10 G44.2) und Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerzen (ICD-10 G44-4), Hemihypästhesie links unklarer Genese (ICD-10 820.1), fragliches sensibles Defizit SI links (ICD-10 M54.18), Insomnie, am ehesten psychophysiologisch (ICD-10 F51.0) und geringe Urge-Inkontinenz (ICD-10 N39.3; act. G1-

#### **E. 4.3.4**

Per 1. Januar 2022 wurden unter anderem Art. 26bis Abs. 2 und 3 IVV in Kraft gesetzt, laut welchen das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten [...] bestimmt wird, wenn kein anrechenbares Erwerbseinkommen vorliegt (Abs. 2). 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 (Abs. 3 in der vom 1. Januar 2022 bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung). Hintergrund dieser Regelung ist, dass bei Teilzeitarbeit die Löhne statistisch ausgewiesen tiefer liegen. Die Beschwerdeführerin erfüllte diese Voraussetzung. Das Bundesgericht erkannte jedoch, dass Art. 26bis Abs. 3 IVV in der vom 1. Januar 2022 bis 31. Dezember 2023 gültigen Fassung gesetzeswidrig ist. Soweit aufgrund der gegebenen Fallumstände sowie der ärztlich festgelegten qualitativen und quantitativen Leistungsfähigkeit Bedarf an weitergehender Korrektur bestehe, sei auf die bisherigen Rechtsprechungsgrundsätze zum Tabellenlohnabzug zurückzugreifen (BGE 150 V 410 E. 10.6). Nachfolgend ist daher zu prüfen, ob zusätzlich zum 10%igen Abzug gemäss der bisherigen Rechtsprechung ein Korrekturbedarf besteht.

#### **E. 4.3.5**

Die aufgrund des psychischen Leidens bestehenden Beeinträchtigungen wurden im vorliegenden Fall quantitativ bereits im reduzierten Pensum berücksichtigt und fallen qualitativ im Bereich von IV 2024/165 15/17

Hilfsarbeiten nicht massgeblich ins Gewicht, weshalb sich diesbezüglich kein (weiterer) Abzug rechtfertigt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. Dezember 2023, 8C\_342/2023, E. 6.2.3). Auch der Umstand, dass der Beschwerdeführerin nur leichte bis mittelschwere Arbeiten möglich sind, ist kein Grund für einen Tabellenlohnabzug, da der Tabellenlohn für Hilfsarbeiterinnen bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. März 2025, 8C\_103/2024, E. 5.2.1) und die Beschwerdeführerin früher eine solche Tätigkeit ausführte (vgl. IV-act. 21). Sodann muss

sich das geltende gemachte fortgeschrittene Alter nicht zwingend lohnsenkend auswirken, werden doch die noch in Frage kommenden Hilfsarbeitertätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt praxismässig altersunabhängig nachgefragt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. November 2024, 8C\_260/2024, E. 4.3.1). Auch der weiter geltend gemachten langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt kommt beim Tabellenlohn für Hilfsarbeiterinnen keine massgebende Bedeutung zu (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 12. Mai 2016, 9C\_777/2015, E. 5.3). Was die gesundheitlichen Beeinträchtigungen anbelangt, die gemäss Gutachten ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sind, rechtfertigt sich kein über den 10%igen Teilzeitabzug hinausgehenden Abzug vom Tabellenlohn, da sich jene auch nicht qualitativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Insgesamt besteht damit kein weiterer Korrekturbedarf. Zusammenfassend rechtfertigt sich kein höherer Abzug als 10 %.

#### **E. 4.3.6**

Seit 1. Januar 2024 lautet Art. 26bis Abs. 3 IVV folgendermassen: «Vom nach [Art. 26bis Abs. 2 IVV] bestimmten Wert werden 10 Prozent abgezogen. Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Artikel 49 Absatz 1bis von 50 Prozent oder weniger tätig sein, so werden 20 Prozent abgezogen. Weitere Abzüge sind nicht zulässig.» Im vorliegenden Fall kann offenbleiben, ob der von Art. 26bis Abs. 3 IVV in der ab dem 1. Januar 2024 geltenden Fassung gesetzmässig ist, da sich aus den bereits dargelegten Gründen kein höherer Abzug als 10 % rechtfertigt.

#### **E. 4.4.1**

Das zumutbarerweise erzielbare Invalideneinkommen beläuft sich damit auf 50 % von 90 % (1. September 2021 bis 12. November 2023) bzw. 70 % von 90 % (an sich vom 13. November 2023 bis 29. Februar 2024) des statistischen Zentralwertes der Hilfsarbeiterlöhne respektive des Valideneinkommens, was einen Invaliditätsgrad von 55 % (= 100 % – 50 % [AF] x 90 % [Tabellenlohnabzug]) bzw. 37 % (= 100% – 70% [AF] × 90% [Tabellenlohnabzug]) ergibt.

#### **E. 4.4.2**

Der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin ist in Nachachtung der sechsmonatigen Karenzfrist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (Anmeldung vom September 2021) und des Wartejahrs gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG am 1. September 2022 entstanden und beträgt 55 % einer ganzen Invalidenrente (vgl. Art. 28b Abs. 2 IVG). Unter Berücksichtigung der dreimonatigen Frist nach Verbesserung des Gesundheitszustands gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV bestand dieser Rentenanspruch bis 28. Februar IV 2024/165 16/17

2024. Ab 1. März 2024 besteht bei einem IV-Grad von 37 % kein Rentenanspruch mehr. Die angefochtenen Verfügungen erweisen sich demnach als korrekt. 5. 5.1 Gemäss den vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. 5.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.– bis Fr. 1'000.– festgelegt (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.– erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.– aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.– ist ihr daran anzurechnen. 5.3 Entsprechend dem Verfahrensausgang hat die unterliegende Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Beschwerdegegnerin hat unabhängig vom Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine

Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG e contrario). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 600.– werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Der geleistete Kostenvorschuss wird ihr daran angerechnet. 3. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen. IV 2024/165 17/17

#### **E. 7**

f. Ziff. 16) und in allgemein-internistischer Hinsicht (vgl. IV-act. 247-58) ein fibromyalgisches Schmerzsyndrom panvertebral, zervikocephal und -brachial links, einhergehend mit vielen vegetativen Begleitbeschwerden (ICD-10 M79.0; act. G1-8 Ziff. 17). Des Weiteren bestünden funktionelle Beschwerden (Schlafstörungen, Reizmagen- und Reizblasen-Beschwerden, Schlafstörungen und Müdigkeitssymptome), die einbezogen werden müssten (act. G1-8 Ziff. 18). Ebenfalls nicht in die Beurteilung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit eingeflossen sei die gemäss psychiatrischem Gutachten bestehende Dekonditionierung (vgl. IV-act. 247-48). Diese wirke sich jedoch erheblich auf die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit aus, weshalb sich auch unter diesem Gesichtspunkt ein Abzug vom Invalideneinkommen rechtfertige (act. G1-8 Ziff. 19). Schliesslich müssten auch Faktoren wie langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt, fehlende Praxis auf dem ursprünglich erlernten Beruf, die darüber hinaus fehlende berufliche Qualifikation, Tatsache, dass die ganze bisherige Tätigkeit an einem Arbeitsplatz verbracht worden sei, sowie das fortgeschrittene Alter der Beschwerdeführerin in die Festlegung des Tabellenlohnabzugs einfliessen (act. G1-9 Ziff. 21).

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