



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 12. Juni 2025 (720 24 239)

Invalidenversicherung

Rentenrevision: Beweiskraft des psychiatrischen Gutachtens; auf weitere somatische Abklärungen kann in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden

Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Andreas Blattner, Kantonsrichter Jürg Pulver, Gerichtsschreiberin Tina Gerber

Parteien **A. _____**, Beschwerdeführerin, vertreten durch Raffaella Biaggi, Advokatin, Advokatur Biaggi, St. Jakobs-Strasse 11, Postfach, 4010 Basel

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin

Betreff IV-Rente

A. Die 1971 geborene A. _____ meldete sich erstmals am 21. Januar 2005 unter Hinweis auf einen am 6. Juni 2003 erlittenen Unfall bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der erwerblichen und gesundheitlichen Verhältnisse – namentlich der Einholung eines polydisziplinären Gutachtens bei der Academy of Swiss Insurance Medicine (asim) vom 18. Januar 2008 – sowie nach Durchführung von beruflichen Massnahmen wurde der Versicherten von der zuständigen IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) mit

Verfügung vom 2. Dezember 2008 ab 1. November 2004 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zugesprochen. Im Rahmen eines im Dezember 2009 eingeleiteten Revisionsverfahrens ordnete die IV-Stelle zunächst ein monodisziplinäres ophthalmologisches Gutachten bei Prof. Dr. med. B.____, FMH Ophthalmologie, und anschliessend ein polydisziplinäres Gutachten bei der Swiss Medical Assessment- and Business Center AG (SMAB) vom 17. April 2013 an. Da nach Auffassung der IV-Stelle auf das psychiatrische Teilgutachten der SMAB nicht abgestellt werden konnte, wurde ein weiteres psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 3. Dezember 2013 eingeholt. Mit Verfügung vom 20. Mai 2014 wurde die Rente der Versicherten ab 1. Juli 2014 auf eine Viertelsrente herabgesetzt. Im Rahmen eines weiteren, im Februar 2019 eingeleiteten Revisionsverfahrens wurde der Anspruch auf eine Viertelsrente mit formloser Mitteilung vom 19. März 2019 bestätigt.

Mit Gesuch vom 18. Oktober 2021 beantragte die Versicherte unter Hinweis auf eine Long-COVID-Erkrankung die Revision respektive die Erhöhung ihrer Invalidenrente. Die IV-Stelle gab zur Klärung des medizinischen Sachverhalts unter anderem ein psychiatrisches Gutachten unter Beizug einer neuropsychologischen Beurteilung in Auftrag. Gestützt auf dieses Gutachten von Dr. med. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 17. Oktober 2023 stellte die IV-Stelle mit Verfügung vom 8. August 2024 fest, dass sich der Gesundheitszustand bzw. der Invaliditätsgrad nicht verändert habe. Per 1. Januar 2024 werde die Rente jedoch aufgrund des neuen Systems der Invaliditätsbemessung auf eine solche entsprechend einem Invaliditätsgrad von 58% erhöht.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.____, vertreten durch Advokatin Raffaella Biaggi, am 1. September 2024 Beschwerde an das Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 8. August 2024 sei die Beschwerdegegnerin zu verurteilen, der Beschwerdeführerin eine ganze Rente der Invalidenversicherung auszurichten; eventualiter sei der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt durch ein Gerichtsgutachten abzuklären; subeventualiter sei die Sache zur Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; alles unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung wurde im Wesentlichen vorgebracht, dass die Beschwerdegegnerin das Vorliegen eines Revisionsgrundes missachtet und zu Unrecht auf das nicht beweistaugliche Gutachten von Dr. D.____ abgestellt habe. Eine Verbesserung der Long-COVID-Symptomatik habe die Beschwerdegegnerin ohne genügende Abklärung angenommen. Der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt könne ohnehin nicht bloss gestützt auf ein psychiatrisches und neuropsychologisches Gutachten abgeklärt werden. Vielmehr sei ein polydisziplinäres Gutachten zur umfassenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit unter Einbezug aller Leiden notwendig. Ausserdem sei festzuhalten, dass der Beschwerdeführerin bereits aufgrund des stationären und teilstationären Aufenthalts in einer psychiatrischen Klinik vom 19. November 2021 bis 20. Juli 2022 zumindest für die Zeit vom 1. März 2022 bis November 2022 eine ganze Rente zustehe.

C. Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Vernehmlassung vom 8. November 2024 auf Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Verfügung vom 13. November 2024 wurde der vorliegende Fall dem Gericht zur Beurteilung überwiesen.

E. Mit Schreiben vom 12. Dezember 2024 wurde der Beschwerdeführerin bestätigt, dass die zwischenzeitlich ergangenen Verfügungen vom 6. Dezember 2024 betreffend den Rentenanspruch für die Zeit vom 1. Oktober 2023 bis 31. Dezember 2023 (keine Erhöhung der bisherigen Viertelsrente) sowie den Anspruch auf Kinderrenten von der Beschwerde vom 1. September 2024 mitumfasst seien und eine separate Anfechtung nicht notwendig sei.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 1. September 2024 ist demnach einzutreten.

1.2.1 Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (BGE 144 V 210 E. 4.3.1) ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist. Trifft dies zu, so erfolgt ein allfälliger Wechsel zum neuen stufenlosen Rentensystem je nach Alter der Rentenbezügerin oder des Rentenbezügers gemäss lit. b und c der Übergangsbestimmungen des IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020 (vgl. auch Rz. 9100 ff. des Kreisschreibens des BSV über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]). Steht hingegen ein erst nach dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion, findet darauf das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht Anwendung (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b und c IVG; Urteil des Bundesgerichts vom 30. Juni 2023, 8C_658/2022, E. 3.1 mit Hinweis auf Urteil vom 13. März 2023, 9C_488/2022, E. 2.2.1).

1.2.2 In Revisionsfällen nach Art. 17 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil (ATSG) vom 6. Oktober 2000 gilt gemäss Rz. 9102 KSIR Folgendes: Liegt die (mutmassliche) massgebende Änderung vor dem 1. Januar 2022, finden die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung Anwendung. Liegt die (mutmassliche) massgebende Änderung nach diesem Zeitpunkt, finden die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der ab 1. Januar 2022 geltenden Fassung Anwendung. Der Zeitpunkt der massgebenden Änderung bestimmt sich nach Art. 88a der Verordnung über die

Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 (Urteil des Bundesgerichts vom 30. Juni 2023, 8C_658/2022, E. 3.2 mit Hinweis auf Urteil vom 8. Februar 2023, 8C_644/2022, E. 2.2.3).

1.2.3 Vorliegend stellte die Beschwerdeführerin am 18. Oktober 2021 das Rentenerhöhungsgesuch. Sie machte darin geltend, dass sich ihr Gesundheitszustand seit dem 18. Januar 2021 aufgrund der Long-COVID-Symptomatik verschlechtert habe. In entsprechender fachärztlicher Behandlung sei sie seit circa April 2021. Unter diesen Umständen ist ohne Weiteres anzunehmen, dass die mutmassliche massgebende Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor dem 1. Januar 2022 eingetreten ist. Damit sind grundsätzlich die Gesetzesgrundlagen in der bis 31. Dezember 2021 geltenden Fassung anwendbar.

2. Streitig und zu prüfen ist der Leistungsanspruch des Beschwerdeführers und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten rechtskräftigen Beurteilung des Leistungsbegehrens wesentlich verändert haben. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 8. August 2024 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 1 E. 1.2 mit Hinweis).

3.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

3.2 Gemäss Art. 17 ATSG sind laufende IV-Renten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Zu denken ist dabei in erster Linie an eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes der versicherten Person. Darüber hinaus ist die Rente aber auch revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen alleine führt nicht zu einer materiellen Revision.

3.3 Auf ein Revisionsgesuch (oder eine Neuanschuldung nach rechtskräftiger Verneinung eines Rentenanspruchs) hat die Verwaltung nur einzutreten, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 IVV). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente oder deren Erhöhung sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 E. 2). Tritt die Verwaltung auf ein Revisionsgesuch oder eine Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell umfassend abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrads auch tatsächlich eingetreten ist (SVR 2011 IV Nr. 2

E. 3.2; BGE 117 V 198 E. 4b). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine höhere Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1; BGE 117 V 198 E. 3a).

3.4 Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 1 E. 3.2.3). Vorliegend sprach die IV-Stelle der Beschwerdeführerin zunächst mit Verfügung vom 2. Dezember 2008 ab 1. November 2004 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zuzüglich Kinderrenten zu. Im Rahmen eines im Jahr 2009 eingeleiteten Revisionsverfahrens holte die IV-Stelle diverse Gutachten ein und reduzierte die bisher zugesprochene ganze Rente nach Durchführung eines Einkommensvergleichs mit Verfügung vom 20. Mai 2014 per 1. Juli 2014 auf eine Viertelsrente. Diese wurde im Anschluss an ein im Februar 2019 eingeleitetes Revisionsverfahren mit formloser Mitteilung vom 19. März 2019 bestätigt. Nach dem Ausgeführten steht fest, dass der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin letztmals mit der unangefochten in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 20. Mai 2014 vollständig materiell überprüft wurde. Somit beurteilt sich die Frage, ob und in welchem Ausmass eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt dieser Verfügung vom 20. Mai 2014 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 8. August 2024. Dem Vorbringen der Beschwerdeführerin, dass die letzte korrekte Abklärung aus dem Jahr 2004 stamme, da im Jahr 2014 das eingeholte polydisziplinäre Gutachten zu Unrecht durch ein monodisziplinäres psychiatrisches Gutachten ersetzt worden sei, kann nicht gefolgt werden. Dabei ist festzustellen, dass das Gutachten der SMAB vom 17. April 2013 nicht vollständig durch das Gutachten von Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ersetzt wurde, sondern bloss das psychiatrische Teilgutachten. Die Sachverhaltsabklärung, die der Verfügung vom 8. August 2014 zugrunde lag, war folglich umfassend und rechtskonform. Dass die Gutachten der SMAB und Dr. C.____ gerichtlich nicht überprüft wurden, vermag daran nichts zu ändern, zumal auch das von der Beschwerdeführerin als massgeblich erachtete Gutachten der asim vom 18. Januar 2008 in keinem gerichtlichen Verfahren gewürdigt wurde.

4.1 Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C_57/2019, E. 3.2).

4.2 Für die Beurteilung der strittigen Frage, ob sich der Gesundheitszustand bzw. das Ausmass der (Rest-) Arbeitsfähigkeit des Versicherten seit der letzten auf einer vollständigen materiellen Anspruchsprüfung beruhenden Rentenverfügung in einer für den Anspruch erheblichen Weise verschlechtert hat, ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

4.3 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, 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes 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 (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

4.4 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 ff. E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Stützt sich der angefochtene Entscheid hingegen ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. In solchen Fällen sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2 mit weiteren Hinweisen).

4.5 Bei der Erhebung und Würdigung des medizinischen Sachverhaltes in Revisionsfällen im Sinne des Art. 17 ATSG ist überdies Folgendes zu beachten: Da die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes erfolgt, bildet Gegenstand des Beweises das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den medizinischen Tatsachen. Der Beweiswert von zwecks Rentenrevision eingeholten medizinischen Unterlagen hängt folglich wesentlich davon ab, ob diese sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – beziehen. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre (vgl. dazu BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a), mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteile des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 4.2, und vom 26. März 2015, 9C_710/2014, E. 2).

5. Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Gutachten und Berichte wiedergegeben werden, die für den vorliegenden Entscheid zentral sind.

5.1 Zur Zeit der Verfügung vom 20. Mai 2014 stützte sich die IV-Stelle im Wesentlichen auf folgende medizinische Unterlagen:

5.1.1 Gemäss dem augenärztlichen Gutachten von Prof. Dr. med. B.____, FMH Ophthalmologie, vom 6. Dezember 2011 bestehe bei der Explorandin eine Exophorie, die nach den vorangegangenen Operationen jedoch gut kompensiert sei. Die Akkomodationsbreite sei allseits entsprechend. Im Vordergrund stehe jetzt eine deutliche Konvergenzinsuffizienz. Diese behindere die Explorandin bei der Durchführung von Naharbeiten wie z.B. Lesen. Es werde versucht, mit Prismen Abhilfe zu schaffen, wobei sich die Schwierigkeit stelle, dass über den Tagverlauf ein unterschiedlicher Prismenbedarf bestehe. Eine neue Operation sei nicht erfolgsversprechend, da es sich um ein zentrales Geschehen handle. Die Explorandin habe Stereofunktionen stets als angenehm empfunden und darum gekämpft, beispielsweise mit einer Prismenkorrektur oder der vorangegangenen Operation, längere Zeiten des Stereosehens zu haben. Insofern sei es ihr wohl nicht zumutbar, ein Auge permanent abzudecken, um die auftretenden Doppelbilder zu vermeiden. Zudem würde ein solches Verfahren zu einer Dekompensation der Exophorie führen. Die Arbeitsfähigkeit sei somit aus ophthalmologischer Sicht sehr eingeschränkt. Den angestammten Beruf als Coiffeuse könne sie nicht mehr ausüben. Auch andere Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an das Sehen, besonders mit Stereoanforderungen und im Nahbereich, seien nicht zumutbar. Es sei nicht wahrscheinlich, dass für die Explorandin ein geeigneter Beruf gefunden werden könne, in dem sie unter Berücksichtigung der weiteren körperlichen und kognitiven Einschränkungen mit ausreichenden Pausen für das visuelle System arbeiten könne.

5.1.2 In der Folge gab die IV-Stelle bei der Swiss Medical Assessment and Business-Center AG (SMAB) ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Orthopädie/Traumatologie,

Innere Medizin, Ophthalmologie, Psychiatrie und Neuropsychologie in Auftrag. Mit Gutachten vom 17. April 2013 diagnostizierten die involvierten Fachärzte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein organisches Psychosyndrom (ICD-10 F 07.8) nach Schädel-Hirn-Trauma nach Heckauffahrtskollision am 6. Juni 2006, eine dekompensierende Exophorie mit Fusionsschwäche sowie einen Status nach zwei Schieloperationen im März 2005 und Dezember 2006. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien folgende Diagnosen festzuhalten: Eine unklare Angststörung mit klaustrophobischen Anteilen; anamnestisch ein Status nach depressiven Episoden; eine MRI-gesicherte Diskushernie C 5/6 ohne klinisch relevante Folgen; weitgehend altersassoziierte unauffällige Röntgenbefunde an der Halswirbelsäule mit einer leichtgradigen Osteochondrose C 5/6 und einer muskulär bedingten Streckfehlhaltung bis leichtgradiger Kyphosierung der Halswirbelsäule als rein funktioneller Aspekt; ein Status nach operativer Behandlung eines Thoracic-Outlet-Syndrom rechts im Jahr 2004; ein Status nach handchirurgischem Eingriff rechts bei Status nach Diskusabriss im Jahr 2003; ein Status nach dreimaliger Ganglionsrevision am linken Handgelenk in den Jahren 1995, 1996 und 2000; eine Migräne ohne Aura; eine leichte Hyperopie; ein Irisnävus rechts mit Ektropium Uveae sowie ein exogen allergisches Asthma bronchiale und Unverträglichkeit auf Wurzelgemüse, vor allem Sellerie. In der ursprünglichen Tätigkeit als selbstständig tätige Coiffeuse bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr. Aufgrund des psychiatrischen Befundes sowie der Beeinträchtigung des Stereosehens ergäben sich qualitative und quantitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Die Versicherte benötige ein reizarmes Arbeitsklima mit klarer Aufgaben- und Kompetenzzuteilung sowie Entlastung von organisatorischen und administrativen Tätigkeiten mit fixen Arbeitszeiten. Durch eine einfühlsame Führung sei sie davor zu schützen, sich selbst zu überfordern und zu viel Verantwortung zu übernehmen. Für die Übernahme von Zusatzverantwortung, Führungs- oder Planungstätigkeit oder Spontaneinsätze sei die Versicherte nicht mehr geeignet. Von ophthalmologischer Seite her seien Tätigkeiten mit notwendigem Stereosehen und im Nahbereich zu vermeiden. Das Steigen auf Treppen, Leitern und Gerüste solle vermieden werden. In einer solchen angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 30% bis 40%.

5.1.3 Auf Rückfrage der IV-Stelle machten die involvierten Fachärzte mit Schreiben vom 28. Mai 2013 unter anderem folgende Angaben: Die augenscheinlich diskrepanten Aussagen der Explorandin, wonach sie einerseits die Abwesenheit von zuhause über mehrere Tage habe vorbereiten und organisieren müssen, andererseits an der Exploration den Wochentag nicht haben nennen können, zeigten aus psychiatrischer Sicht die Kompliziertheit, Widersprüchlichkeit und kognitive Beeinträchtigung der Versicherten und hätten miteinander letztlich nichts zu tun. Das erste spreche für eine Beeinträchtigung in der Planung und im gerichteten Handeln, das Zweite für eine Beeinträchtigung der zeitlichen Orientierung. Beides sei Ausdruck der diagnostizierten Störung. Die Beeinflussung des neuropsychologischen Befunds durch psychische Faktoren sei kein Indiz für eine Aggravation oder Simulation. Die Symptomvalidierung sei unauffällig gewesen. Die neuropsychologischen Befunde würden nicht gegen die Diagnose eines organischen Psychosyndroms sprechen, sondern bestätigten den klinischen Eindruck und damit die Beeinträchtigung der Versicherten. Bei der Aussage, dass der Explorandin Autofahren problemlos möglich sei, handle es sich um eine subjektive Angabe der Versicherten. Es seien keine objektivierbaren Daten vorhanden, die sich mit der Fahrfähigkeit der Versicherten auseinandersetzen würden, und eine derartige Fragestellung sei nicht vorhanden gewesen. Die angesprochene kognitiv-

mnestische Leistungseinschränkung leichter bis mittlerer Schwere sei neuropsychologisch ausgewiesen. Auch die Versorgung eines Haushaltes spreche nicht gegen das Vorhandensein einer kognitiv-mnestischen Leistungseinschränkung. Eine psychiatrische Behandlung sei vorliegend nicht indiziert. Die Beeinträchtigungen basierten auf einer hirnrorganischen Grundlage und seien kaum oder nur sehr eingeschränkt therapeutisch angebar. Obschon die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht mehr gestellt worden sei, habe sich der Gesundheitszustand nicht verbessert. Das veränderte Krankheitsbild könne nunmehr mit dem organischen Psycho-Syndrom diagnostisch erfasst werden.

5.1.4 Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) erachtete das psychiatrische Teilgutachten der SMAB selbst nach Beantwortung der Rückfragen als mangelhaft und gab zur ergänzenden Abklärung ein psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, im Auftrag. Im am 3. Dezember 2013 erstatteten Gutachten diagnostizierte Dr. C.____ mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F 33.0). Weitere Diagnosen könnten nicht gestellt werden. Es fänden sich keine Hinweise auf eine hirnrorganische Störung. Aus psychiatrischer Sicht bestehe in sämtlichen Tätigkeiten eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von 20%, wobei die angestammte Tätigkeit als Coiffeuse aus ophthalmologischer Sicht nicht mehr möglich sei. Bei der Tätigkeit als Hausfrau bestehe keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit.

5.1.5 In seiner Aktennotiz vom 12. Februar 2014 hielt der zuständige juristische Mitarbeiter der IV-Stelle nach einer Fallbesprechung mit dem RAD fest, dass die Arbeitsfähigkeit unverändert 50% betrage. Da sich indessen der Betreuungsaufwand der Kinder bedeutend verringert habe, sei der Versicherten nunmehr eine Arbeitstätigkeit ausser Haus zumutbar. Gestützt darauf reduzierte die IV-Stelle die bisher zugesprochene ganze Rente mit Verfügung vom 20. Mai 2014 auf eine Viertelsrente.

5.2 Im Rahmen des vorliegend strittigen Rentenerhöhungsgesuchs vom 8. Oktober 2021 sind folgende medizinische Unterlagen von ausschlaggebender Bedeutung:

5.2.1 Dem Austrittbericht des Spitals E.____ vom 22. Januar 2021 ist zu entnehmen, dass die Versicherte vom 18. Januar 2021 bis 21. Januar 2021 hospitalisiert gewesen sei. Es sei eine notfallmässige Selbstvorstellung wegen progredienter Dyspnoe seit sieben Tagen und Husten bei COVID-Infektion erfolgt. Im Rahmen einer Kontrastmittelabgabe sei es zu einer anaphylaktischen Reaktion gekommen. Nach Behandlung dieser Reaktion seien nach dreistündlicher Überwachung die Hautreaktion und das Angioödem vollständig rückläufig gewesen. Die Patientin sei stationär auf der Isolierstation aufgenommen worden zur symptomatischen Behandlung mit Überwachung der Vitalparameter und bedarfsgerechter Sauerstofftherapie. Während des stationären Aufenthalts habe die Patientin ausgeprägte Diarrhoe mit leicht diffusen Bauchschmerzen beklagt. Die Ärzteschaft habe diese Beschwerden im Rahmen der COVID-Infektion interpretiert. Ein Stuhl-Multiplex-PCR sei negativ ausgefallen. Im Verlauf habe sich der Allgemeinzustand zunehmend verbessert, die kardiopulmonale Überwachung sei unauffällig gewesen. Diagnostiziert worden seien (1) eine Pneumonie mit SARS-CoV-2 (COVID-19); (2) eine Anaphylaxie Grad II nach Röntgenkontrastmittel am 18. Januar 2021 mit Flush im Gesicht, am Hals und an der Brust,

Dyspnoe, Globusgefühl, Quinke-Ödem Schwellung am rechten Augenlid, Pruritus am Rachen und an der Brust sowie Kopfschmerzen; (3) ein Asthma bronchiale und (4) verschiedene Allergien.

5.2.2 Mit Bericht zuhanden der IV-Stelle vom 18. Oktober 2021 diagnostizierten PD Dr. med. F.____, FMH Neurologie, und G.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, der Klinik H.____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) ein Post-COVID-Syndrom mit Fatigue, mit Verdacht auf post exertional malaise, wellenförmigem Verlauf mit Fieberschüben, ausgeprägter Erschöpfung, Belastungsatemnot, ectangiösen Beschwerden, anhaltenden Diarrhöen, kognitiven Störungen im Sinne eines brain fogs sowie von Konzentrationsschwäche, Gedächtnisproblemen und Orientierungsstörungen; mit psychischen Auffälligkeiten im Sinne von erhöhter Reizbarkeit; bei einem Status nach COVID-19-Erkrankung im Januar 2021 mit beidseitiger Pneumonie und kurzem stationären Aufenthalt von vier Tagen im Spital E.____, mit Diagnostik in den Fachbereichen Pneumologie, Kardiologie, Spiroergometrie, Neuropsychologie, einem physiotherapeutischem Screening und einem MRI des Neurocranium; (2) ein Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bei Status nach anaphylaktischem Schock; (3) ein Verdacht auf eine depressive Episode; (4) ein Zustand nach Anaphylaxie II am 18. Januar 2021; (5) eine Polyallergie; (6) ein Status nach Polytrauma am 6. Juni 2003 mit Distorsion der Halswirbelsäule und Commotio cerebri sowie (7) ein Status nach Resektion der 1. Rippe, Plexusneurolyse und Resektion des vertebrocostalen Bandes am 8. Januar 2004 bei Thoracic-Outlet-Syndrom rechts. Aktuell sei die Patientin in teilstationärer Behandlung in der Klinik I.____. Bei der posttraumatischen Belastungsstörung sei im Verlauf eine stationäre Therapie bei fortbestehender Fatigue-Symptomatik geplant. Die Patientin sei zurzeit 100% krankgeschrieben. Eine Prognose sei aufgrund der komplexen Vorgeschichte und der aktuell laufenden teilstationären Therapie schwer abzugeben. Nach Stabilisierung der Situation wäre ein Start der beruflichen Reintegration mit zwei Stunden täglich mit Pausen zumutbar. Aufgrund der Erschöpfung könnten viele Tätigkeiten im Haushalt nicht erledigt werden, weshalb eine Spitex-Hilfe verordnet worden sei.

Beiliegend zu diesem Bericht reichten die behandelnden Ärztinnen unter anderem die Berichte verschiedener Abklärungsmassnahmen im Rahmen der Diagnose des Post-COVID-Syndroms ein. Aus dem Bericht vom PD Dr. med. J.____, FMH Pneumologie, vom 13. April 2021 geht hervor, dass die Patientin anlässlich der Untersuchung vom selben Tag einen regelmässigen Puls von 80 / min, eine Sauerstoffsättigung im Blut von 99% und eine normale Lungenfunktion mit normaler Diffusionskapazität und normalem FeNO (Fraktioniertes exhalierendes Stickstoffmonoxid) gezeigt. Es liessen sich keine Hinweise auf eine relevante pulmonale Einschränkungen feststellen.

5.2.3 Dr. med. K.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie der Klinik I.____, berichtete zuhanden der IV-Stelle am 21. Dezember 2021. Die Patientin befinde sich seit dem 29. November 2021 während fünf Tage pro Woche in der teilstationären Tagesklinik. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F 32.2) sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F 43.1) festzuhalten. Die Patientin berichte ausführlich über ihre traumatischen Erlebnisse im Universitätsspital im Januar 2021. Sie sei an COVID-19 erkrankt und im Krankenhauszimmer vergessen

worden, habe zwei Tage kein Essen bekommen und sei pflegerisch nicht versorgt worden. Durch ihre Hospitalisation sei ihr selbstständiges Geschäft als Coiffeuse zusammengebrochen. Nach ihrem Austritt und ihrer somatischen Genesung sei ihr aufgefallen, dass sie sehr dünnhäutig und schreckhaft sei und unter Flashbacks leide. Sie habe das Gefühl, dass sie die Kontrolle verloren habe. Sie habe nachts kaum geschlafen und unter lebhaften Alpträumen gelitten, wovon sie im Schlaf geschrien habe. Vormittags sei sie im Haushalt sehr aktiv, um die flutenden Gefühle und traumatischen Bilder zu vermeiden, ab dem Mittag falle sie jedoch in einen Erschöpfungszustand. Sie weine oft grundlos. Im Befund seien eine deutliche Aufmerksamkeitsstörung, formalgedankliche Beschleunigung und Sprunghaftigkeit sowie eine deutliche Angst vor Kontrollverlust und Flashbacks bemerkbar. Der Affekt sei sehr labil, die Affektlage sei inadäquat heiter. Im Kontakt sei die Patientin sehr aufgebracht, fordernd, hilfeschend und verzweifelt. Psychomotorisch sei sie sehr unruhig, der Antrieb wirke eher gesteigert. Sie beschreibe Anhedonie, Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit, Insuffizienzgefühle sowie deutliche Ein- und Durchschlafprobleme mit Alpträumen. Sie sei aktuell zu 100% krankgeschrieben.

5.2.4 Der Verlaufszusammenfassung von Dr. K.____ über die ambulante Behandlung in der Klinik I.____ vom 20. Juli 2022 ist zu entnehmen, dass die Patientin die im teilstationären Rahmen begonnenen Therapieprozesse seit dem 3. Mai 2022 ambulant fortführe. Sie berichte, dass sie vom teilstationären Aufenthalt vom 29. November 2021 bis 29. April 2022 nur bedingt profitiert habe. Aktuell seien eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F 43.1) sowie Anpassungsstörungen (ICD-10 F 43.2) zu diagnostizieren. Im Fokus der Tagesklinik habe die Auseinandersetzung mit der neuen Lebenssituation im Rahmen des Post-COVID-Syndroms gestanden. Bei zusätzlicher positiver Traumaanamnese habe komorbid eine posttraumatische Belastungsstörung abgegrenzt werden können. Bereits während des tagesklinischen Aufenthalts sei es zu einer Prozessierung traumabezogener Ereignisse aus der Biographie der Patientin gekommen, so dass die von ihr berichteten Affekteinbrüche und das Verzweiflungserleben als Anpassungsstörung im Rahmen ihrer neuen Lebenssituation (Verlust der Arbeit) gewertet worden seien.

5.2.5 Mit Arztbericht vom 9. Dezember 2022 hielt Dr. K.____ als Diagnosen weiterhin eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F 43.1) fest. Daneben sei eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode (ICD-10 F 33.0) sowie ein Post-COVID-Syndrom festzustellen. Die Prognose sei ungünstig.

5.2.6 Aus einem mit Arztbericht des behandelnden Hausarztes Dr. med. L.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 23. Dezember 2022 eingereichten Bericht der Klinik H.____ vom 11. August 2021 ist ersichtlich, dass die Patientin neben einer pneumologischen Abklärung auch im Rahmen einer kardiologischen Vorstellung (19. Juli 2021) und einer Spiroergometrie (25. Juni 2021) untersucht worden sei. Die entsprechenden Abklärungen hätten normale Befunde ergeben.

5.2.7 Im Auftrag der IV-Stelle erstattete Dr. med. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, am 17. Oktober 2023 ein versicherungspsychiatrisches Gutachten unter Einbezug der Ergebnisse der neuropsychologischen Begutachtung durch Dipl.-Psych., Dipl.-Inf.-Wiss. M.____ vom 8. Juni 2023.

5.2.7.1 Der neuropsychologische Fachgutachter stellte anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung vom 19. April 2023 leichte kognitive Funktionsstörungen des verbalen Lernens und des Gedächtnisses fest. Die selbstbestimmte Arbeitsweise der Explorandin bei der Testung sei auffällig gewesen. Sie habe sich kaum Zeit genommen für die Aufgaben, habe fahrig und unkonzentriert gewirkt und habe die eigene Leistung ständig verbal abgewertet. Die Leistungsvalidierung sei unauffällig gewesen. Klinisch hätten sich im Gesamteindruck Hinweise auf eine Selbstlimitierung ergeben. Es hätten sich keine Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit, Konzentration oder des Reaktionsvermögens, der Belastbarkeit, der exekutiven Funktionen oder der visuellen Wahrnehmung gezeigt. In Bezug auf das Gedächtnis und das Lernen sei eine leichte verbale Beeinträchtigung festzustellen, die Explorandin habe sowohl im Lernen und Behalten einer Wortliste, im verbalen Kurzzeitgedächtnis als auch bei einer verbalen Interferenzaufgabe Minderleistungen gezeigt.

5.2.7.2 Dr. D.____ diagnostizierte in seinem Gutachten vom 17. Oktober 2023 eine Angst- und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F 41.2) mit leichten kognitiven Funktionsstörungen und akzentuierten Persönlichkeitszügen, bei sozialen Belastungen.

Die Explorandin habe berichtet, dass für sie das eigene Coiffeurgeschäft das Wichtigste im Leben gewesen sei, bis sie im Januar 2021 an COVID-19 erkrankt sei. Sie habe im Spital E.____ notfallmässig behandelt werden müssen. Im Rahmen einer Röntgenuntersuchung sei es zu einer allergischen Reaktion auf das Kontrastmittel gekommen, wobei sie fast gestorben wäre. Sie sei danach alleine im Zimmer aufgewacht und niemand habe ihr erklärt, was vorgehe. Sie sei isoliert gewesen und habe über zwei Tage kein Essen bekommen und sei nicht zur Toilette gebracht oder gereinigt worden. Nach fünf Tagen habe sie das Spital verlassen und sich an ihren Hausarzt gewandt. Sie habe «aus allen Löchern» geblutet und habe drei Monate im Bett gelegen. Sie sei zudem inkontinent gewesen. In der Folge sei eine Long-COVID-Symptomatik diagnostiziert worden. Aktuell gehe sie zweimal monatlich in die psychiatrische Gesprächstherapie. Es gelinge ihr dadurch, eine vermehrte emotionale Distanz zu den Ereignissen Anfang 2021 zu gewinnen. Eine psychopharmakologische Therapie bestehe nicht. Schmerzmittel nehme sie bloss selten ein. Im Vordergrund der aktuellen Beschwerden stünden die nächtlichen «Todeskämpfe beim Röntgen», wobei die Explorandin auch von weissen Kitteln und Ärzten träume. Tagsüber reagiere sie auf viele Leute, enge Räume und Lärm mit Überreizung. Sie verspüre dann ein Summen im Kopf, sei durcheinander, stottere und sei schliesslich «fix und fertig». Sie sei vergesslich, erlebe Panik, wenn sie unter vielen Leuten sei und fühle sich paralysiert. Circa einmal pro Woche erlebe sie einen «Long-COVID-Crash». Dann breche sie zusammen, habe Fieber und zittere und müsse ins Bett. Früher sei sie aktiv gewesen. Nun sei sie introvertiert und habe ihr soziales Umfeld verloren, nachdem sie das Geschäft habe aufgeben müssen. Durch die Geschäftsaufgabe sei sie nun finanziell von ihrem Ehemann abhängig, worunter sie sehr leide. Allerdings unterstütze er sie sehr im Haushalt. Auf Stress reagiere sie mit zwanghaftem Putzen, bis ihre Hände blutig seien. Sie denke rezidivierend an den Tod und das Sterben, fühle sich immer wieder total ohnmächtig, erlebe jedoch keine aktive Suizidalität. In Folge des Autounfalls im Jahr 2003 leide sie noch immer an Augenschmerzen, Kopfschmerzen, einer eingeschränkten Beweglichkeit des Kopfes und des rechten Handgelenks sowie an Merkfähigkeitsstörungen, die im Verlauf schlimmer

geworden seien. Von der rechten Schulter bis zu den Fingern habe sie kein Gefühl mehr für Temperaturen, es sei alles taub und dumpf.

Zum Tagesablauf habe die Explorandin angegeben, dass dieser strukturiert sei. Sie stehe um 06:45 Uhr auf, frühstücke und mache die jüngere Tochter für die Schule bereit. Dann lüfte sie und mache die Betten. Die Tagesplanung erfolge auf vielen Zetteln und mit Listen, damit sie nichts vergesse. Sie besorge den Haushalt tageweise wechselhaft nach ihrem Befinden. Sie schlafe oder meditiere auch tagsüber. Sie gehe einkaufen, koche dreimal täglich, pflege regelmässig zweimal wöchentlich soziale Kontakte im Pilates, Yoga und Aquafit. Eher unregelmässig gehe sie ins Tae-Bo-Training. Sie nehme im Internet an einer Long-COVID-Gruppe teil. Am Wochenende treffe sie sich mit ihrer Mutter. Die letzte Reise sei vor drei Wochen gewesen, als sie mit ihrem Mann für einige Tage nach Porto geflogen sei. Ihr Mann leide aktuell erneut an einer Burn-Out-Symptomatik und sei in psychiatrischer Behandlung. Er sei verstört, vergesslich, desorientiert und schlafe schlecht. Da er keinen Stress ertrage, schütze ihn die Explorandin und schlucke vieles. Sie Sorge sich aber unter anderem bezüglich der finanziellen Verhältnisse. Von der IV erwarte die Versicherte eine (zusätzliche) finanzielle Unterstützung. Ausserdem wolle sie von dieser in Ruhe gelassen werden, damit sie ihren Frieden finden könne. Für sie stünden derzeit therapeutische Massnahmen im Vordergrund.

Nach Darstellung des aktenkundigen gesundheitlichen Verlaufs stellte Dr. D._____ fest, dass anlässlich der aktuellen Untersuchung keine objektivierbaren psychopathologischen Befunde erkennbar seien. Insbesondere habe weder im klinischen Psychostatus noch in der testpsychologischen Untersuchung (MADRS) ein depressives Syndrom bestätigt werden können. Die ICD-Kriterien einer depressiven Episode, insbesondere die Eingangskriterien, seien nicht erfüllt. Objektive psychopathologische Befunde, soweit diese überhaupt ausgewiesen würden, seien auch in den Akten spärlich und unspezifisch. Indessen seien bei der Explorandin akzentuierte Persönlichkeitszüge festzustellen. Diverse Symptome des ursprünglich diagnostizierten und seither widerlegten organischen Psycho-Syndroms seien als Ausdruck dieser Persönlichkeitsakzentuierung bei einer Angststörung zu erklären. Auch allfällige depressive Symptome seien im Zusammenhang mit einer Überforderung der Explorandin aufgrund der akzentuierten (sorgfältig-zwanghaft, optimistisch-rhapsodisch, narzisstisch, histrionischen) Persönlichkeitszüge bei sozialen Belastungen (Verlust der Arbeit, finanzielle Sorgen, ambivalentes Verhältnis zum Ehemann, Krankheiten des Ehemanns) zu sehen. Bei der Explorandin würden insbesondere zwanghafte und histrionische Aspekte das klinische Bild prägen. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung könne ebenfalls nicht (mehr) bestätigt werden. Die Explorandin beschreibe keine andauernden, schweren oder quälenden Schmerzen. Aufgrund der Akten und des aktuellen Untersuchungsbefundes könne sodann die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht begründet werden. Das von der Explorandin genannte Ereignis könne bloss vermuthungsweise bzw. allein aufgrund der Selbsteinschätzung der Versicherten als ein Ereignis von katastrophenartigem Ausmass eingeordnet werden. Es fänden sich sodann weder in den Akten noch in der klinischen Untersuchung objektive Hinweise auf störungsspezifische Symptome, weshalb eine posttraumatische Belastungsstörung zu keinem Zeitpunkt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden könne. Bei den in der Folge einer Belastungssituation im Januar 2021 entstandenen Symptomen stehe eine ängstlich-depressive Verstimmung bis heute

im Vordergrund. Die Explorandin erfülle die Kriterien einer Angst- und depressiven Störung. Die von ihr beschriebenen subjektiven Beschwerden (Konzentrationsstörungen, Energie- und Antriebslosigkeit, Erschöpfung, Schlafstörungen, innere Unruhe, Verzweiflung, Anhedonie, Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit, Insuffizienzgefühle, Frustrationsintoleranz, Reizüberflutung, Überforderung) würden nicht ausreichend die Definitionen von allfälligen eigenständigen Diagnosekategorien (z.B. Angststörung, depressive Episode, posttraumatische Belastungsstörung) erfüllen. Die aufgrund der Selbsteinschätzung der Explorandin anzunehmende Angst- und depressive Störung, gemischt, zeige sich im Verlauf veränderlich vor dem Hintergrund der akzentuierten Persönlichkeitszüge und sei wesentlich abhängig von sozialen Belastungen.

Im Rahmen des Mini-ICF-Ratings hätten keine objektivierbaren Einschränkungen festgestellt werden können. Es könne allein auf die Selbsteinschätzung der Explorandin abgestellt werden, wonach in den Bereichen Durchhaltefähigkeit und Selbstbehauptungsfähigkeit Beeinträchtigungen vorliegen würden. Eine Willensanstrengung zur Bewältigung der subjektiv erlebten Defizite sei auch gemäss Angaben der Explorandin möglich. Zudem verfüge sie über verschiedene persönliche Ressourcen (Organisationsfähigkeit, Lernbereitschaft, Lösungsorientiertheit, Initiative, Pflichtbewusstsein), einen Berufsabschluss, berufliche Erfahrungen im ersten Arbeitsmarkt und einen geordneten, unterstützenden sozialen Kontext. Aktuell stünden insbesondere invaliditätsfremde soziale Faktoren im Vordergrund. Es bestehe aus versicherungspsychiatrischer Sicht sowie in der angestammten bzw. zuletzt ausgeübten Tätigkeit als selbstständige Coiffeuse als auch in einer angepassten Tätigkeit die Möglichkeit, ganztätig präsent zu sein, allerdings mit einer Leistungsverminderung von 20%. In der angestammten Tätigkeit bestehe indes aus ophthalmologischer Sicht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. In einer angepassten Tätigkeit, welche insbesondere auch die neuropsychologischen Einschränkungen berücksichtige, betrage die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischen Gründen 80%. Seit dem Gutachten von Dr. C. ____ vom 3. Dezember 2013 könne keine wesentliche anhaltende Veränderung der Auswirkungen des psychischen Gesundheitszustandes, beispielsweise eine objektive Zunahme oder Abnahme der Intensität, des Schweregrads oder der Ausprägung des Beschwerdebildes im Verlauf bis heute festgestellt werden. Diese Einschätzung umfasse ausdrücklich auch die langjährig bestehenden neuropsychologischen Einschränkungen. Hierzu widersprüchliche Einschätzungen in den Akten stellten fast vollständig auf die Selbsteinschätzung der Versicherten ab. Die (sozialen) Kontextfaktoren würden dabei nicht kritisch gewürdigt. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne darauf nicht abgestellt werden können.

5.2.8 Nachdem die Rechtsvertreterin der Versicherten im Rahmen des Vorbescheidverfahrens Kritik am Gutachten von Dr. D. ____ äusserte, nahm der RAD-Arzt Dr. med. N. ____, Facharzt für Arbeitsmedizin, am 5. März 2024 aus medizinischer Sicht Stellung. Er führte aus, dass die Versicherte bisher eine Viertelsrente aufgrund einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in allen Tätigkeiten, bedingt durch die dekompensierende Exophorie mit Fusionsschwäche, einer hirnganischen Störung nach Schädel-Hirn-Trauma mit neuropsychologisch nachgewiesener leichter bis mittelgradiger neuropsychologischer Störung sowie einer rezidivierenden depressiven Störung bezogen habe. Das Gutachten von Dr. D. ____ habe nunmehr ergeben, dass sich in psychischer Hinsicht einen etwa gleich gebliebenen Gesundheitszustand zeige. Die neuropsychologische Untersuchung habe gezeigt, dass die Belastbarkeit nicht beeinträchtigt sei. Eine festgestellte

erhöhte Ermüdbarkeit hätte wesentlich für das Vorliegen eines Post-COVID-Syndrom gesprochen, sei jedoch nicht festgestellt worden. Die Post-COVID-Symptomatik könne interindividuell sehr unterschiedlich sein und sich im Verlauf ändern. Aufgrund der Erfahrung des RAD müsse angenommen werden, dass manche Ärzte und Einrichtungen die Diagnose eines Post-COVID-Syndroms auffallend oft stellen würden und teilweise jahrelang eine durchgehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestieren würden. In vielen dieser Fälle halte weder die Diagnose noch die Begründung der Arbeitsunfähigkeit einer unabhängigen Untersuchung stand. Auch im Falle der Versicherten sei es bis heute wohl nicht möglich, klar die Diagnose eines Post-COVID-Syndroms zu stellen. Die objektiven Befunde seien nachweislich auf den im Jahr 2003 erlittenen Unfall zurückzuführen. Die von der Versicherten seit der COVID-19-Infektion geklagte Anstrengungsdyspnoe bei hoher Leistungsintensität schränke die Belastbarkeit nicht ein. Die pneumologischen Untersuchungen hätten normale Ergebnisse gezeigt. Das bekannte Asthma bronchiale sei als medikamentös gut kontrolliert beschrieben. Zu den somatischen Beschwerden sei anzumerken, dass es sich sowohl bei den Kopfschmerzen als auch dem Strabismus divergens alternans bei Exophorie mit Konvergenzinsuffizienz um Jahrzehnte alte Diagnosen handle, bei denen eine massgebende Änderung nicht im Raum stehe. Neue orthopädische Befunde seit dem SMAB-Gutachten lägen nicht vor. Insgesamt sei aus ophthalmologischen Gründen weiterhin von einer Arbeitsunfähigkeit von 50% auszugehen. In Bezug auf die Kritik am psychiatrischen Gutachten sei der Fall auch dem RAD-Arzt O.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vorgelegt worden. Dieser habe in seiner Aktennotiz vom 30. Januar 2024 festgehalten, dass die Kritik nicht nachvollziehbar sei.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 8. August 2024 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts im Wesentlichen auf das eingeholte psychiatrisch-neuropsychologische Gutachten von Dr. D.____ und Dipl.-Psych., Dipl.-Inf.-Wiss. M.____ vom 17. Oktober 2023 und auf die Ausführungen ihres RAD. Sie ging demzufolge davon aus, dass der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht weiterhin eine Tätigkeit im Umfang von 80% zumutbar sei. Aus somatischer Sicht wurde festgehalten, dass es seit dem Gutachten der SMAB vom 17. April 2013 keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes ergeben habe.

6.2 Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass die Beschwerdegegnerin zu Unrecht bloss ein psychiatrisches Gutachten eingeholt hat. Insbesondere aufgrund der Post-COVID-Symptomatik, jedoch auch wegen der vielfältigen, lange bekannten gesundheitlichen Einschränkungen sei eine polydisziplinäre Begutachtung angezeigt. Hierbei ist zwischen den somatischen, neuropsychologischen und psychiatrischen Beschwerden zu unterscheiden. Den Akten ist zu entnehmen, dass sich für die geklagten somatischen Beschwerden letztlich keine auf eine Post-COVID-Erkrankung zurückzuführende objektive Befunde finden lassen. So haben die kardiologischen Untersuchungen im Sommer 2021 keinen Befund und keine Funktionsstörung gezeigt. Auch hält die behandelnde Pneumologin ausdrücklich eine normale Lungenfunktion mit normaler Diffusionskapazität und normalem FeNO fest. Die geklagte Anstrengungsdyspnoe – sofern diese überhaupt der COVID-19-Infektion zugeordnet werden kann und nicht Ausdruck des bekannten Asthma bronchialis ist – schränkt die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht ein, wie der RAD-Arzt Dr. N.____ überzeugend ausführt. Dem RAD-Arzt ist überdies zu folgen, wenn er in Übereinstimmung mit den medizinischen Akten ausführt, dass diverse der geltend gemachten

somatischen Beeinträchtigungen seit Jahren feststehen und keine massgebliche Änderung des Gesundheitszustandes zu begründen vermögen. Die Ausführungen von Dr. N.____ vom 5. März 2024 erweisen sich somit in Bezug auf die somatischen Beschwerden als überzeugend, weshalb die IV-Stelle darauf abstellen durfte. Von einer erneuten Abklärung der somatischen Beschwerden sind nach dem Ausgeführten keine entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten.

6.3 Bezüglich der geltend gemachten neuropsychologischen Einschränkungen und psychiatrischen Beschwerden liegt das Gutachten von Dr. D.____ unter Einbezug der neuropsychologischen Abklärung von Dipl.-Psych., Dipl.-Inf.-Wiss. M.____ vor. Wie unter Erwägung 4.4 hiervor ausgeführt, ist dem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Das psychiatrisch-neuropsychologische Gutachten vom 8. Juni 2023 bzw. 17. Oktober 2023 weist keine formellen Mängel auf und ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 4.3 hiervor) – für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation grundsätzlich ein. Insbesondere äussert sich der psychiatrische Gutachter im Rahmen der Diagnoseherleitung ausführlich zu den abweichenden Meinungen der behandelnden Ärzte. So führt er im Übereinstimmung mit der Aktenlage aus, dass sich in Bezug auf die von der Beschwerdeführerin angegebenen traumatischen Erfahrung keine entsprechende Dokumentation finden lässt und die von Dr. K.____ gestellte Diagnose ausschliesslich auf die subjektiven Angaben der Versicherten abgestützt werde. Auch die Angaben betreffend Arbeitstätigkeit und Pensum vor der COVID-19-Infektion widersprechen den Akten und auch früheren Angaben der Beschwerdeführerin selbst. Im Hinblick auf diese Unklarheiten ist es letztlich nicht zu beanstanden, dass der Gutachter die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht bestätigt hat. Dr. D.____ setzt sich sodann rechtsgenügend mit dem gesundheitlichen Verlauf auseinander und kommt nachvollziehbar zum Schluss, dass trotz veränderter Diagnosen keine erhebliche gesundheitliche Verschlechterung im Sinne einer verminderten Arbeitsfähigkeit vorliege. Die neuropsychologische Untersuchung zeigt überdies nachvollziehbar und schlüssig auf, dass weder eine erhöhte Ermüdbarkeit noch eine reduzierte Belastbarkeit vorliegen. Vielmehr liegt eine leichte neuropsychologische Störung vor, die überwiegend wahrscheinlich seit dem Autounfall am 6. Juni 2003 besteht. Die Beschwerdeführerin bringt in ihrer Beschwerde sodann keine konkrete Kritik am Gutachten inklusive neuropsychologischer Abklärung vor. Insgesamt erfüllt es somit die bundesgerichtlichen Vorgaben an ein beweistaugliches (Revisions-) Gutachten, weshalb die Beschwerdegegnerin darauf abstellen und eine Verschlechterung der Leistungsfähigkeit verneinen durfte.

6.4 Nach dem Ausgeführten ist festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit zu Recht auf das beweistaugliche Gutachten von Dr. D.____ unter Einbezug der neuropsychologischen Abklärung von Dipl.-Psych., Dipl.-Inf.-Wiss. M.____ abgestellt hat. Ebenfalls nicht zu beanstanden sind die

Ausführungen des RAD-Arztes Dr. N.____, der in Übereinstimmung mit den vorhandenen Unterlagen eine Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes verneint hat. Lässt die vorhandene Aktenlage nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des massgebenden medizinischen Sachverhalts zu, so ist dem Antrag der Beschwerdeführerin, wonach weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen seien, nicht stattzugeben. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst zwar das Recht, Beweisanträge zu stellen, und – als Korrelat – die Pflicht der Behörde zur Beweisabnahme. Beweise sind im Rahmen dieses verfassungsmässigen Anspruchs indessen nur über jene Tatsachen abzunehmen, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhaltes ergeben und dieser demnach hinreichend abgeklärt ist, kann auf ein beantragtes Beweismittel verzichtet werden. Die damit verbundene antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (BGE 141 I 64 E. 3.3, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

7. Die Ermittlung des Invaliditätsgrads und insbesondere der Wechsel in das stufenlose Rentensystem wird von der Beschwerdeführerin – zu Recht – nicht in Frage gestellt. Es ist folglich festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin bis 31. Dezember 2023 grundsätzlich weiterhin Anspruch auf eine Viertelsrente der Invalidenversicherung hatte. Zu berücksichtigen ist indessen der teilstationäre Aufenthalt der Beschwerdeführerin in der Klinik I.____ vom 29. November 2021 bis 29. April 2022. Während dieser Zeit war die Beschwerdeführerin zu 100% krankgeschrieben. Von ausschlaggebender Bedeutung ist, dass aufgrund der täglichen therapeutischen Behandlung während dieser Zeit der Beschwerdeführerin die Ausübung einer Tätigkeit tatsächlich nicht möglich gewesen ist (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts vom 14. März 2024, 9C_603/2023, E. 4.2.2). Für die Zeit vom 1. März 2022 bis 31. Juli 2022 hatte sie folglich aufgrund einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit (vgl. Art. 88a und Art. 88^{bis} IVV) Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung. Ab 1. Januar 2024 hat die Beschwerdeführerin sodann entsprechend der angefochtenen Verfügung Anspruch auf eine Rente entsprechend einem Invaliditätsgrad von 58%. Die Beschwerde ist in diesem Sinne teilweise gutzuheissen.

8. Es bleibt über die Kosten zu befinden.

8.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 VPO in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. Die vorliegende Beschwerde ist teilweise gutgeheissen worden. Die Beschwerdeführerin hat indessen bloss in einem untergeordneten Punkt obsiegt, insofern als sie für die Zeit vom 1. März 2022 bis 31. Juli 2022 vorübergehend Anspruch auf eine ganze Rente hat. Mit ihren Rechtsbegehren, es sei ihr eine unbefristete ganze Rente zuzusprechen, und ihren Eventualanträgen auf weitere medizinische Abklärungen ist sie nicht

durchgedrungen. Es rechtfertigt sich somit, die Verfahrenskosten zu einem Viertel (Fr. 200.--) der Beschwerdegegnerin und zu drei Viertel (Fr. 600.--) der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Der Beschwerdeführerin ist der geleistete Kostenvorschuss im Umfang von Fr. 200.-- zurückzuerstat-
ten.

8.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat in ihrer Honorarnote vom 18. November 2024 einen Aufwand von 9 Stunden und 10 Minuten sowie Auslagen von Fr. 59.50 zuzüglich Mehrwertsteuer geltend gemacht, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Aufgrund der teilweisen Guttheissung rechtfertigt es sich, der Beschwerdeführerin eine reduzierte Parteientschädigung in der Höhe von einem Viertel des geltend gemachten Honorars (inklusive Auslagen und 8,1% Mehrwertsteuer) zuzusprechen. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin folglich eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 635.50 auszurichten.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 8. August 2024 insofern abgeändert, als der Beschwerdeführerin vom 1. März 2022 bis 31. Juli 2022 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zugesprochen wird.

Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden zu einem Viertel in der Höhe von Fr. 200.-- der Beschwerdegegnerin und zu drei Vierteln in der Höhe von Fr. 600.-- der Beschwerdeführerin auferlegt.

Der Beschwerdeführerin wird der geleistete Kostenvorschuss im Umfang von Fr. 200.-- zurückerstattet.
 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine reduzierte Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 635.50 zu bezahlen.