



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 6. März 2025 (720 24 199)

Invalidenversicherung

IV-Rente: Gemischte Methode / Rückweisung zu weiteren medizinischen Abklärungen und zur Einholung eines neuen Haushaltsabklärungsberichts.

Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Jürg Pulver, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiberin Katja Wagner

Parteien **A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Deborah Büttel, Rechtsanwältin, Lange Gasse 90, 4052 Basel

gegen

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

Betreff IV-Rente

A.a Die 1984 geborene A.____ war zuletzt als Pflegehelferin tätig. Am 28. Januar 2020 meldete sie sich unter Hinweis auf psychische Probleme erstmals bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. In der Folge sprach ihr die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) berufliche Massnahmen in Form der Arbeitsvermittlung (Erhalt des bestehenden Arbeitsplatzes) zu. Nachdem die Versicherte infolge dieser Massnahme wieder zu

80% bei ihrem bisherigen Arbeitgeber arbeiten konnte, wurden die beruflichen Massnahmen mit Verfügung vom 22. September 2020 abgeschlossen.

A.b Am 7. September 2021 meldete sich A._____ erneut zum Leistungsbezug an, wobei sie im entsprechenden Gesuch auf somatische und psychische Beschwerden hinwies. Nach Abklärung der erwerblichen, gesundheitlichen und haushälterischen Verhältnisse lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 3. Juni 2024 einen Anspruch auf eine Invalidenrente in Anwendung der gemischten Methode der Invaliditätsbemessung (80% Erwerb / 20% Haushalt) unter Hinweis auf einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad ab.

B. Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte, vertreten durch Deborah Büttel, Advokatin, mit Eingabe vom 5. Juli 2024 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, es sei die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 3. Juni 2024 aufzuheben und diese zu verpflichten, ihr seit 1. März 2022 eine ganze Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% zuzusprechen und auszurichten. Eventualiter sei die Verfügung vom 3. Juni 2024 aufzuheben und ein gerichtliches medizinisches Gutachten in den Fachgebieten Neurologie, Psychiatrie, Gastroenterologie und Urologie einzuholen und es sei nach Vorliegen des Gutachtens über den Leistungsanspruch zu entscheiden; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung wurde im Wesentlichen angeführt, dass das von der IV-Stelle eingeholte Gutachten, auf das sich die Verfügung stütze, in verschiedener Hinsicht nicht beweiskräftig sei. Ferner sei die in der Haushaltsabklärung vom 13. Juni 2022 beurteilte Einschränkung in der Haushaltsführung viel zu tief angesetzt worden. Hierbei sei die Schadenminderungspflicht der Familienangehörigen überstrapaziert worden. Ferner wurde beanstandet, dass gewisse Feststellungen der Abklärungsperson zu den einzelnen Bereichen nicht nachvollziehbar oder falsch seien.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 21. August 2024 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde.

Auf die Vorbringen der Parteien ist – soweit notwendig – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1.1 Auf die beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht und im Weiteren form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

1.2 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. Nach den allgemeinen Grundsätzen des materiellen intertemporalen Rechts sind bei einer Rechtsänderung in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen. Die Beschwerdeführerin meldete sich im September 2021 bei der Beschwerde-

gegnerin zum Leistungsbezug an. Der Anspruch auf eine Invalidenrente könnte folglich unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Karenzfrist (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) – ungeachtet des zeitlichen Beginns des Wartjahres (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) – frühestens ab 1. März 2022 entstehen, weshalb die Gesetzesgrundlagen in der ab 1. Januar 2022 gültigen Fassung anwendbar sind. Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

2.1 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).

2.2 Seit dem 1. Januar 2022 wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt (vgl. Art. 28b Abs. 1 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad von 50 – 69% entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70% besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad von 40 – 50% gelten prozentuale Anteile zwischen 25% und 47.5% (Abs. 4).

2.3 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

3. Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Bei nicht erwerbstätigen versicherten Personen, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zuge-
mutet werden kann, wird für die Bemessung des Invaliditätsgrades in Abweichung von Art. 16

ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG). Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird der Invaliditätsgrad für diesen Teil nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Abs. 2 festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG). Dies ist die gemischte Methode der Invaliditätsbemessung (vgl. BGE 141 V 15 E. 3.2 mit Hinweisen).

4. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht sind (Art. 43 Abs. 1 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 (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht haben sie den Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisforderungen nicht. Vielmehr ist jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste gewürdigt wird (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b).

5.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. 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).

5.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, 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).

5.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche 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 ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). 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 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen wird der Grundsatz betont, wonach ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 465 E. 4.7).

6.1 Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts stehen zahlreiche medizinische Akten zur Verfügung, welche allesamt vom Gericht gewürdigt wurden. Im Zentrum der medizinischen Beurteilung stehen indessen insbesondere die nachfolgenden medizinischen Unterlagen:

6.2 In einem Sprechstundenbericht des Spitals B.____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparats, vom 6. Mai 2021 wurde ein prätibiales ("vor dem Schienbein gelegen") Brennen an beiden Unterschenkeln, vermutlich neurologischer Genese, erhoben. In der Zusammenschau der radiologischen und klinischen Befunde bestünden physiologische Kniegelenke ohne Hinweis auf mechanische Schäden oder Weichteilläsionen. Es sei eine Abklärung durch die Neurologie bzw. Gefässchirurgie zu empfehlen.

6.3 In einem weiteren Sprechstundenbericht des Spitals B.____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparats, vom 1. Juni 2021 wurden lokale Schmerzen im Bereich des Olecranon bzw. als Differenzialdiagnose ein Plica-Syndrom am linken Ellenbogen erhoben. Zur Klärung der Diagnose einer möglichen Plica humeroradialis wurde eine sonographische Abklärung empfohlen, welche am 17. Juni 2021 stattfand. Diese ergab eine mögliche Plica humeroradialis, ansonsten aber keine Hinweise auf eine Entesitis, eine Arthritis oder eine Bursitis.

6.4 Im Rahmen einer Magnetresonanztomographie (MRT) vom 20. Juli 2021 an der Lendenwirbelsäule (LWS) wurden ein Verdacht auf eine gering aktivierte Spondylarthrose LWK 5/SWK 1 beidseits, jedoch keine relevante spinale Enge und keine Wurzelaffektion erhoben. Eine weitere MRT vom 2. September 2021 an der Halswirbelsäule (HWS) ergab auf der Höhe HWK 5/6 eine akute Osteochondrose mit breitbasiger, mediolinkslateraler Extrusion und foraminale Enge C6 links, mit möglicher Kompression der Wurzel bereits im Liegen. Ferner wurden eine geringe Enge C6 rechts (kleine Synovialiszyste) sowie auf HWK 6/7 eine weitere mediolinkslaterale Extrusion mit foraminale Enge C7 links und möglicher Affektion der Wurzel unter Belastung erhoben. Ansonsten wurden keine relevante spinale Enge und keine Myelopathie festgestellt.

6.5 In zwei Berichten des Spitals B.____, Neurologie, vom 23. November 2021 zuhänden der Hausärztin der Versicherten sowie zuhänden der Versicherten selbst wurde die zu einem früheren Zeitpunkt erhobene Verdachtsdiagnose einer sogenannten Small-Fiber-Neuropathie bestätigt. Hierzu wurde auf das Ergebnis der pathologischen Untersuchung verwiesen, wonach die untersuchten Hautproben den Befund bestätigt hätten (vgl. hierzu Bericht des Spitals B.____, Institut für Pathologie, vom 22. September 2021, IV-act. 36, S. 22). Ein durchgeführtes Laborscreening habe jedoch keinen richtungsweisenden Befund ergeben, so dass die Ursache der Neuropathie zunächst unklar bleibe.

6.6 Am 26. Januar 2022 berichtete die Hausärztin der Versicherten, Dr. med. C.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, dass eine Einschätzung der gesundheitlichen Situation für die Zukunft schwierig sei. Vor zwei Jahren sei es ein rein psychisches Problem gewesen, nun sei es sowohl ein somatisches als auch ein psychisches Problem. Es würde eine neurologische Erkrankung vorliegen, die nachweisbar und messbar sei. Es sei aber schwer zu erklären, ob einige somatische Beschwerden durch die Psyche verursacht oder verschlimmert würden. Im Bereich der Pflege habe die Versicherte keine Zukunft mehr. Im Moment sei sie aber auch nicht fähig, Integrationsschritte zu unternehmen. Wenn die Versicherte Ende Februar 2022 aufhöre zu arbeiten, werde sie sie zu 100% krankschreiben

6.7 Mit Bericht vom 18. Februar 2022 hielt die behandelnde Psychiaterin Dr. med. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie fest, dass die bisher erhobene Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode ICD-10 F32.1 (vgl. Bericht vom 21. Februar 2020, IV-act. 16) unverändert weiterbestehe. Zusätzlich bestehe der Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung mit suchtartigen, aggressiven, abhängigen, histrionischen und selbstdestruktiven Zügen (ICD-10 F61). Es bestehe ein suchtartiges Verhalten in Bezug auf die Medikamenteneinnahme, Essen, aber auch in Bezug auf Dinge des Alltags (mehrmals täglich Kontrolle des Blutzuckerspiegels, obwohl die Patientin keinen Diabetes habe, 10mal pro Tag unterschiedliche Haarfarbe auftragen), das erst kürzlich bekannt geworden sei. Allerdings hätten in der Jugend offenbar vergleichbare Phasen bestanden. Es werde über innere Leere, Kälte und das Gefühl, ihren Körper nicht zu spüren, sowie sexuelle Lustlosigkeit berichtet. Einschiessende aggressive Durchbrüche (verbal und mit Geschirrzerschlagen) seien offenbar auch neu aufgetreten, früher hätte sie diese unter Kontrolle gehabt.

6.8 In einem weiteren Bericht vom 23. Juni 2022 führte Dr. D.____ aus, dass sie die Patientin erst wieder am 10. Juni 2022 gesehen habe, da sie in der Zwischenzeit zahlreiche somatische Abklärungen und Behandlungen absolviert habe. Zum jetzigen Zeitpunkt imponiere die Patientin weiterhin auffallend parathym. Sie berichte über gravierende körperliche Beschwerden mit einem Lächeln im Gesicht (sie würde sich in die Beine stechen, damit der Schmerz durch die Small-Fiber-Neuropathie nachlasse), über die massive Belastung des Ehemannes durch sie (rufe ihn bis zu 30-mal täglich bei der Arbeit an) sowie über die Schlaflosigkeit und die affektiven Durchbrüche. Ferner bekräftigte Dr. D.____, dass aufgrund der Durchsicht ihres Berichts vom 18. Februar 2022 und der damaligen Schilderungen der Patientin, des zunehmenden Suchtverhaltens der Patientin (die verordnete und "organisierte" Medikamente wahllos einnehme) sowie der nach wie vor unklaren Diagnose einer Persönlichkeitsstörung eine Einweisung in die Klinik E.____ veranlasst werden sollte. Idealerweise sollte sie zunächst in die Abteilung Sucht und dann weiterführend in eine stationäre Psychotherapie in der gleichen Klinik eingewiesen werden. Hintergrund sei, dass die Summe der somatischen und psychiatrischen Situationen ambulant nicht mehr gemanagt werden könnten.

6.9 Am 23. August 2022 berichtete das Spital F.____, Medizinische Genetik, im Wesentlichen, dass der Erkrankung einer Small-Fiber-Neuropathie unterschiedliche Ursachen, wie ein Diabetes Mellitus oder eine rheumatische Erkrankung, zugrunde liegen könnten. Für eine solche Ursache bestünden bei der Versicherten keine Hinweise. In einigen Fällen sei die Small-Fiber-Neuropathie genetisch bedingt. Eine wichtige Differenzialdiagnose sei die hereditäre Erythermalgie (seltenes Syndrom, bei dem sich die Arteriolen in der Haut regelmässig erweitern, brennende Schmerzen verursachen und die Haut heiss werden lassen). Ein sehr wichtiges Gen für beide Erkrankungen sei das SCN9A-Gen. Im Rahmen einer Blutprobe seien in den Genen, die mit einer Small-Fiber-Neuropathie verbunden seien, keine bekannten krankheitsrelevanten Genveränderungen (Mutation) nachgewiesen worden. Auch in den anderen mitanalytierten 161 Genen für hereditäre Neuropathien sei keine pathogene Sequenzveränderung oder Gendosisabweichung festgestellt worden. Wenngleich die genetische Ursache für eine Small-Fiber-Neuropathie nicht festgestellt worden sei, sei die klinische Diagnose nicht ausgeschlossen. Die Diagnose sei hautbiotisch gestellt worden.

6.10 Seitens des Spitals F.____ wurde eine Abklärung in der psychosomatischen Klinik am Spital G.____ in die Wege geleitet. Im entsprechenden Bericht vom 16. Januar 2023 wurden eine chronische Schmerzerkrankung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine Small-Fiber-Neuropathie (bioptisch gesichert), eine Depression mit Schlafstörungen und Panikattacken sowie ein Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Im Rahmen der Beurteilung wurde im Wesentlichen ausgeführt, dass die Patientin zu Beginn des Gesprächs stark demotiviert gewirkt und immer wieder gegensätzliche Aussagen gemacht habe. Auch auf konkretes Nachfragen hin sei es schwierig gewesen, mit der Patientin auf eine sinnvolle Antwort zu kommen. Im Verlauf sei es zunehmend zur Herstellung einer Arzt-Patienten-Beziehung gekommen. Die Patientin habe angegeben, keine Hoffnung mehr zu haben, dass man ihr medizinische helfen könne. Sie habe allgemein sehr verwirrt gewirkt. Entgegen den Aussagen der behandelnden Psychiaterin und der Neurologin habe sie angegeben, alle ein bis zwei Wochen zu Dr. D.____ zu gehen. Sie gebe passive Todeswünsche an, ohne konkrete Planungen oder

Handlungen. Ferner habe sie berichtet, bis im Sommer dieses Jahres sich gelegentlich in Hände und Füße geschnitten zu haben. Die stark widersprüchlichen Angaben im Gespräch, welcher sich die Patientin nicht bewusst zu sein scheine, sowie die Aussage, dass ein zweiter Mensch in oder neben ihr sei, welcher spreche oder manchmal aus ihr herausbreche mit Fremdaggressionen, würden derzeit noch offenlassen, ob dies eine extreme Form der Anpassungsstörung aufgrund der Small-Fiber-Neuropathie sei, oder ob diese Zustände in einer psychiatrischen Erkrankung begründet liegen. Die Patientin beschreibe ein komplettes Abhängigkeitsgefühl von der Familie inklusive Urin- und Stuhlinkontinenz, was sie extrem belasten würde. Es seien deshalb eine stationäre psychiatrische Therapie und weitere Abklärungen empfohlen.

6.11 Die Beschwerdegegnerin veranlasste ein Gutachten bei der GA eins AG, welches am 20. September 2023 erstattet wurde. Darin diagnostizierten die beteiligten Fachpersonen aus polydisziplinärer Sicht mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Small-Fiber-Polyneuropathie (ICD-10 G62), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.00/F33.10), eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41).

6.11.1 Im psychiatrischen Fachgutachten wurde im Wesentlichen ausgeführt, dass die diagnostischen Kriterien einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode erfüllt seien, gekennzeichnet durch depressive Verstimmung mit verminderter Freude, erhöhter Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen und vermindertem Selbstwert mit Insuffizienzgefühlen. Ferner würde eine Agoraphobie mit Panikstörung vorliegen, gekennzeichnet durch anfallsartige Ängste mit vegetativen Symptomen als Ausdruck der Angst, auch unabhängig von der Situation auftretend, und Ängsten in Menschenmengen mit einem Vermeidungsverhalten. Ferner seien die Kriterien einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, gekennzeichnet durch ausgeweitete Schmerzen im Bewegungsapparat, deren Ausmass mit somatischen Befunden nicht hinreichend erklärt werden könne, erfüllt. Der Hintergrund dieser psychischen Störungen sei durch lebensgeschichtliche Belastungen zwar wenig begründet. Es bestehe aber eine Doppelbelastung als Hausfrau, Mutter und ausserhäuslich Erwerbstätige. Die finanzielle Situation sei nun angespannter mit Abhängigkeit vom Einkommen des berufstätigen Ehemannes. Die psychischen Funktionen seien aber erhalten, das Untersuchungsgespräch habe gut durchgeführt werden können, die Patientin habe keine Panikattacken und keinen Schreikrampf gezeigt, wenngleich die Explorandin vor allem gegen den Schluss hin psychomotorisch angespannter erschienen sei. Es bestünden akzentuierte histrionische (dramatisierende) Persönlichkeitszüge, die sich nach Angaben der Explorandin auch in Schreikrämpfen äussern könnten. Es komme auch zu Erbrechen, weshalb sie im Untersuchungsgespräch einen Becher bei sich gehabt habe. Gegen die Achse-II-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung spreche jedoch der Verlauf bei ansonsten normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit während mehrerer Jahre. Die Explorandin betreibe einen gewissen Nikotinabusus, ein Suchtleiden bestehe nicht. Die Störungen würden negativ interagieren im Sinne einer Chronifizierung, weshalb die Arbeitsfähigkeit anhaltend eingeschränkt sei. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Pflegehelferin bestehe keine Arbeitsfähigkeit. Bei der Arbeit komme es zu einer erhöhten Ermüdbarkeit. Es könne auch zu Panikattacken und Schreikrämpfen mit Rückzug

kommen. In einer Tätigkeit, welche Anforderungen an die soziale Kompetenz (Angepasstheit) stelle, wie der Beruf in der Pflege, sei eine Arbeit so nicht möglich. Zumutbar seien Tätigkeiten, die nach Anleitung relativ selbstständig verrichtet werden können und keine zu hohen Anforderungen an die soziale Kompetenz (Angepasstheit) stellen würden. Die Präsenzzeit betrage 7 Stunden. Während dieser Anwesenheitszeit bestehe eine leichte Leistungseinschränkung. Es komme zu einer erhöhten Ermüdbarkeit und es könne auch zu Panikattacken und Schreikrämpfen mit Rückzug kommen. Ferner bestehe ein vermehrter Pausenbedarf.

6.11.2 Im rheumatologischen Fachgutachten wurde im Wesentlichen festgehalten, dass die Explorandin im Rahmen der aktuellen Anamneseerhebung trotz mehrfachen Nachfragens keinerlei spezifische zervikale Beschwerden geschildert habe. Die segmentale Untersuchung der HWS sei völlig regelrecht gewesen, so dass in Bezug auf die früher bildmässig dokumentierten HWS-Pathologien kein klinisches Korrelat bestehe. Der funktionelle Status im Bereich der Brustwirbelsäule (BWS) und der LWS sei völlig adäquat. Ebenso wenig habe der detaillierte Gelenkstatus an den oberen und unteren Extremitäten objektivierbare Dysfunktionen respektive Bewegungseinschränkungen oder lokale provozierbare Arthralgien darstellen können. Insgesamt bestünden aus klinisch-rheumatologischer Sicht keinerlei Diagnosen, welche eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit, sei es angestammt oder adaptiert, negativ beeinflussen würden. Im Vordergrund der beklagten Beschwerden stünden die seit Monaten erfolglos therapierten, sehr unangenehmen Dysästhesien, welche sich in den Füßen manifestieren und strumpfförmig bis zu den Kniegelenken aufsteigen würden. Ähnliche unangenehme Dysästhesien würden nun seit einigen Monaten im Bereich der Unterarme bis zu den Fingerspitzen geschildert. Diesbezüglich werde auf das fachärztlich-neurologische Gutachten verwiesen.

6.11.3 Im neurologischen Fachgutachten wurde ausgeführt, dass sich bei der klinischen Untersuchung eine normale muskuläre Trophik gefunden habe. Der Tonus sei normal und die Muskeleigenreflexe könnten symmetrisch mittellebhaft ausgelöst werden. Bei der Kraftprüfung habe die Versicherte ein leichtes bis mittelschwer ausgeprägtes "Giving-way" an allen Extremitäten gezeigt. Fokale Paresen hätten nicht festgestellt werden können. Trotzdem breche die Versicherte beim freien Gehen in sich zusammen und verharre längere Zeit in einer Kauerstellung, wobei sie sich anschliessend wieder erheben könne und ein normales Gangbild aufweise. Auch der Fussspitzen- und Fersengang sei beidseits gut möglich. Es seien somit keine motorischen Defizite objektivierbar. Im sensiblen Bereich berichte die Versicherte über ein stark ausgeprägtes handschuhförmiges Defizit an den oberen Extremitäten verbunden mit einem sockenförmigen sensiblen Defizit an den Füßen (für Berührung, Schmerz und Temperatur). Der Vibrationssinn sei an den oberen Extremitäten praktisch fehlend, an den unteren Extremitäten ebenfalls stark vermindert, wobei ein distaler Gradient weder an den oberen noch an den unteren Extremitäten feststellbar sei. Der Lagesinn werde an den unteren Extremitäten ebenfalls als stark eingeschränkt beschrieben. Dahingegen sei es der Versicherten möglich, den Knie-Hacken-Versuch korrekt durchzuführen. Auch der Romberg-Test sei normal gewesen. Somit seien die angegebenen sensiblen Defizite bei der fokussierten Untersuchung in ihrer funktionellen Auswirkung schwierig fassbar. Ergänzend sei eine neuro-myographische Untersuchung erfolgt, welche lediglich Hinweise auf ein leichtes Karpaltunnelsyndrom rechts (Zufallsbefund) ergeben habe. Dahingegen habe weder an den oberen noch an den unteren Extremitäten ein

pathologischer Befund erhoben werden können, welcher mit den angegebenen schweren sensiblen Defiziten in Übereinstimmung stehe. Auffällig sei lediglich die fehlende Ableitbarkeit der F-Welle des Nervus peroneus auf beiden Seiten und der Nachweis von A-Wellen im Nervus tibialis rechts. Diese Befunde sprächen dafür, dass möglicherweise eine gewisse Beeinträchtigung vorliege. Eine höhergradige Schädigung der myelinisierten Nervenfasern sei allerdings nicht vorhanden. Für die Diagnose einer Small-Fiber-Neuropathie sei neben der klinischen Symptomatik mit Schmerzen und Sensibilitätsstörungen, typischerweise mit distal betonter Ausbreitung der apparativen Nachweise, eine Rarefizierung (diffuse Substanzverminderung eines Gewebes oder ein Schwund bestimmter Strukturen) oder einer Funktionsstörung der nicht myelinisierten Nervenfasern gefordert. Aktuell basiere die Diagnose der Small-Fiber-Neuropathie alleine auf dem Befund der Hautbiopsie. Das Resultat dieser Untersuchung lasse allerdings keine Rückschlüsse auf den Schweregrad der Symptomatik zu. Ein typisches klinisches Beschwerdebild einer Small-Fiber-Neuropathie liege nicht vor. Aktuell berichte die Versicherte über eine hochgradige Einschränkung der Nervenfunktionen von myelinisierten Nervenfasern. Diesbezüglich würden sich zur vorausgehenden neurologischen Untersuchung an der Neurologischen Poliklinik (Universitätsspital Basel) vom 6. Oktober 2022 erhebliche Diskrepanzen ergeben. Insbesondere habe die Versicherte damals über keine autonomen Funktionsstörungen wie z.B. die aktuell beschriebene Urin- und Stuhlinkontinenz berichtet. Inzwischen schildere die Versicherte eine Hilflosigkeit, indem sie in sämtlichen alltäglichen Verrichtungen auf die Hilfe von Familienangehörigen angewiesen sei. Diese hochgradigen Einschränkungen könnten aufgrund der objektiven Befunde nicht erklärt werden. Es sei davon auszugehen, dass eine erhebliche Überlagerung durch psychische Faktoren vorliege. In dieser veränderten klinischen Situation sollten weitere Abklärungen hinsichtlich einer Neuropathie durchgeführt werden. Insbesondere wäre eine Blasenfunktionsstörung objektiv zu dokumentieren. Bei der Versicherten liege eine Therapieresistenz vor. Angesichts dieser Therapieresistenz sollte eine intensive Suche nach der Ursache der Neuropathie durchgeführt werden. Das im Bericht der neurologischen Klinik erwähnte Polyneuropathie-Screening sei vom Umfang her völlig ungenügend. Es sei z.B. keine Fabry-Erkrankung ausgeschlossen worden. Aufgrund der sicher objektivierbaren Befunde – vorbehalten seien weiterführende Befunde bei ergänzenden Abklärungen, die das groteske Verhalten neurologisch begründen könnten – seien körperlich leichte wechselbelastende, vorzugsweise sitzend durchzuführende Tätigkeiten möglich.

6.11.4 Im Rahmen ihrer Konsensbeurteilung gelangten die Gutachter zur Auffassung, dass die psychiatrischen Befunde sich erheblich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden. Das Ausmass der Einschränkung aus neurologischer Sicht lasse sich noch nicht abschliessend bestimmen, unbestritten sei eine leichte Leistungseinbusse. Diese wirke sich nicht additiv zur höhergradigen psychiatrischen Einschränkung aus. Die aufgehobene Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit könne seit März 2022 angenommen werden. In einer angepassten Tätigkeit bestehe seit März 2022 eine Arbeitsfähigkeit von 70%. Sollten sich aus neurologischer Sicht im weiteren Verlauf Erklärungen für die eindrücklich vorgetragenen Beschwerden und Limitierungen ergeben, müsste die Arbeitsfähigkeit reevaluiert werden. Dies gelte auch für die Situation, wenn sich keine somatisch-neurologischen Erklärungen ergeben würden. Dann müsste die perpetuierte groteske Beschwerdesituation allenfalls psychiatrisch reevaluiert werden.

6.12 Am 26. September 2023 nahm Dr. med. H.____, Facharzt für Arbeitsmedizin, regionaler ärztlicher Dienst (RAD), zum Gutachten Stellung. Darin kam er zum Schluss, dass dem Gutachten voller Beweiswert zuerkannt werden könne. Die Gutachter hätten sich mit der Bemessung der Restarbeitsfähigkeit sichtlich schwergetan. Sie hätten auf Inkonsistenzen und groteskes Verhalten hingewiesen. Gleichzeitig sei deutlich gemacht worden, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf den tatsächlich objektivierbaren Befunden beruhen würde. Weitergehende Auflagen für die Versicherte seien nicht zielführend. Zwar seien allenfalls weitere neurologische Beurteilungen empfohlen worden, die Therapieansätze zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zutage fördern könnten. Die Versicherte habe aber angegeben, dass sie keine Massnahmen wolle. Zudem gehe die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit überwiegend auf psychische Beeinträchtigungen zurück.

6.13 Im Rahmen des Einwandverfahrens reichte die Versicherte zwei weitere Berichte vom 21. März 2024 (Neurologisches Konsilium vom 18. März 2024) sowie vom 9. April 2024 (Neuropsychologisches Konsilium vom 3. April 2024) der Neurologie I.____ ein. Im Bericht vom 21. März 2024 wurde im Wesentlichen festgehalten, dass bei der Versicherten eine komplexe Situation bei einerseits im Vordergrund stehenden neuropathischen Beschwerden im Bereich der Füße und Unterschenkel beidseits, und andererseits einem aktenanamnestischen Verdacht auf eine Small-Fiber-Neuropathie bestehe. Gleichzeitig bestehe der Verdacht auf eine Panikstörung bzw. eine anxio-depressive Symptomatik sowie eine mögliche Persönlichkeitsstörung. In diesem Kontext sei weiterhin von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% auszugehen. Ferner sei eine regelmässige psychologische Anbindung der Patientin zu empfehlen. Im Bericht vom 3. April 2024 wurde eine nicht näher quantifizierbare kognitive Störung mit stark reduzierter kognitiver Belastbarkeit und erhöhter Ermüdbarkeit diagnostiziert. Die Schmerzproblematik und die Depression würden für die Patientin als belastend beschrieben. In der aktuellen Untersuchung sei die verminderte kognitive Belastbarkeit und die erhöhte Ermüdbarkeit bei affektiv deutlich reduzierter Patientin im Vordergrund gestanden. Psychometrisch würden sich formal Auffälligkeiten in nahezu allen geprüften Bereichen ergeben. Die testpsychologischen Befunde wie auch die formal auffällige Performanzvalidierung seien bei klinisch unauffälliger Leistungsbereitschaft als überlagert durch die Schmerzproblematik sowie das psychiatrische Störungsbild einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode zu beurteilen. Es sei davon auszugehen, dass reelle, die Alltagsfunktionalität beeinträchtigende kognitive Defizite vorliegen würden. Aufgrund der erwähnten Einschränkungen sei eine Quantifizierung ebendieser derzeit nicht möglich. Ebenso sei unter diesem Aspekt derzeit aus neuropsychologischer Sicht keine Aussage zur Arbeitsfähigkeit zulässig.

6.14 In seinen hierzu ergangenen Beurteilungen vom 4. April 2024 und 20. April 2024 kam der RAD-Arzt Dr. H.____ zum Schluss, dass es aufgrund dieser Berichte keine neuen medizinischen Erkenntnisse gebe. Der (recte: Die) Versicherte sei zu 70% arbeitsfähig. Die kognitiven Einschränkungen, die bestehen sollen, seien in den Einschränkungen berücksichtigt, die sich aus den Hauptdiagnosen ergeben würden. Zudem gebe es Auffälligkeiten bei der Symptomvalidierung (vgl. hierzu die RAD-Berichte vom 4. April 2024 und 20. April 2024, IV-act. 141 und 144).

7.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 3. Juni 2024 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der zumutbaren Arbeitsfähigkeit in erster Linie auf das vorstehend zitierte Gutachten der GA eins AG vom 20. September 2023 sowie die Einschätzungen des RAD. Sie ging demzufolge davon aus, dass der Versicherten die angestammte Tätigkeit als Pflegehelferin seit März 2022 nicht mehr zumutbar gewesen sei. Eine angepasste Verweistätigkeit sei hingegen seit eben diesem Zeitpunkt zu 70% zumutbar. Wie nachfolgend darzulegen sein wird, kommt diesen Beurteilungen – entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin – keine ausschlaggebende Beweiskraft zu, so dass nicht darauf abgestellt werden kann.

7.2 Das psychiatrische Fachgutachten erweist sich sowohl in Bezug auf die Herleitung der Diagnosen als auch hinsichtlich der daraus resultierenden funktionellen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit als unvollständig und enthält zahlreiche Ungereimtheiten.

7.2.1 Der begutachtende Psychiater diagnostizierte zwar eine rezidivierende depressive Störung, eine Agoraphobie mit Panikstörung sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Die Herleitung der erhobenen Diagnosen fiel indessen äusserst knapp aus, wobei die jeweils einschlägigen Diagnosekriterien nur unzureichend aufgeführt und diskutiert wurden. Ferner setzte der Gutachter sich auch nicht mit dem seitens der behandelnden Psychiaterin Dr. D.____ geäusserten Verdacht auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung oder einer dissoziativen Störung auseinander. Ein Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung wurde auch im Bericht des Spitals G.____ vom 16. Januar 2023 erwähnt (vgl. E. 6.10 hiervor). Der Gutachter führte diesbezüglich lediglich sehr rudimentär einzelne Gründe an, die gegen das Vorliegen einer entsprechenden Diagnose sprechen würden (vgl. E. 6.11.1 hiervor). Eine Auseinandersetzung mit den für eine Persönlichkeitsstörung erforderlichen Kardinalkriterien lässt sich dem Gutachten jedenfalls nicht entnehmen. Diesbezüglich lässt das Gutachten auch eine umfassende Berufs-, Sozial- und Familienanamnese vermissen. In diesem Zusammenhang spielt auch die Dauer der Begutachtung eine entscheidende Rolle, welche gerade einmal 50 Minuten umfasste. Ferner erfuhr auch das von Dr. D.____ beschriebene zunehmende Suchtverhalten der Versicherten im Gutachten keinerlei Würdigung. Ohnehin unterblieb eine Auseinandersetzung mit den Ausführungen der behandelnden Psychiaterin genauso wie eine solche mit weiteren abweichenden medizinischen Beurteilungen. Das Erfordernis einer einwandfrei festgestellten und für den Rechtsanwender nachvollziehbar begründeten Diagnostik gemäss klassifikatorischer Vorgaben ist damit jedenfalls klarerweise nicht erfüllt.

7.2.2 Ungeklärt bleibt ferner auch die für den Leistungsanspruch zentrale Frage nach den funktionellen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. So führte der Gutachter aus, dass eine anhaltende höhergradige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der erhaltenen psychischen Funktionen nicht begründet werden könne. Der Gutachter unterliess es hierbei jedoch, die erhaltenen psychischen Funktionen zu benennen und im Kontext der Indikatorenprüfung bzw. mit Blick auf die funktionellen Einschränkungen zu gewichten. Hierzu begnügte er sich im Wesentlichen mit der Aussage, dass das Untersuchungsgespräch gut habe durchgeführt werden können und die Explorandin keine Panikattacken und keinen Schreikrampf gezeigt habe. Ferner bleibt in diesem Kontext auch unklar, auf welche Vergleichsgrösse er sich mit dem Terminus *höhergradig* be-

zog, zumal er unmittelbar im Anschluss an diese Aussage unterschiedliche abweichende Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit der bisher involvierten Ärzte wiedergab, die ein Spektrum der Arbeitsunfähigkeit von 20% bis zu 100% umfassen. Des Weiteren stellte der Gutachter fest, dass das deutliche regressive Verhalten der Explorandin auch auf dem Hintergrund eines sekundären Krankheitsgewinns zu sehen sei. Gleichwohl wurde der Explorandin jedoch eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit zuerkannt, wobei hierfür neben einer erhöhten Ermüdbarkeit insbesondere Panikattacken und Schreikrämpfe mit Rückzug als Ursache angeführt wurden. In diesem Zusammenhang lässt sich dem Gutachten auch nicht schlüssig entnehmen, weshalb der Agoraphobie mit Panikstörung bei der Bemessung Arbeitsunfähigkeit ein derartiges Gewicht beigemessen wurde, wohingegen im bisherigen medizinischen Verlauf die Depression und die Schmerzstörung in den Vordergrund gestellt worden waren. Vor diesem medizinischen Hintergrund vermag denn auch die attestierte Arbeitsfähigkeit von 70% hinsichtlich einer leidensangepassten Tätigkeit nicht zu überzeugen. Dies umso weniger, als im Rahmen der Konsensbeurteilung schliesslich festgehalten wurde, dass aus psychiatrischer Sicht aufgrund des Zusammenspiels einzelner Diagnosen eine erhebliche Leistungseinschränkung für jegliche Tätigkeiten bestehe.

7.3 Das neurologische Fachgutachten enthält zunächst zwar eine ausführliche Anamnese sowie eine eingehende Auseinandersetzung mit den bisher erfolgten medizinischen Beurteilungen. Ferner wurde nachvollziehbar dargelegt, dass keine pathologischen Befunde für die angegebenen schweren sensiblen Defizite hätten erhoben werden können. Das Vorliegen eines typischen klinischen Beschwerdebilds einer Small-Fiber-Neuropathie wurde mit der Begründung verneint, dass die Diagnose allein auf dem Befund der Hautbiopsie beruhe. Im Widerspruch dazu bestätigte der neurologische Gutachter aber schliesslich eine Small-Fiber-Neuropathie und führte sie als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf. Erhebliche Widersprüche ergeben sich auch in Bezug auf die mit dem entsprechenden Befund verbundenen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Hervorzuheben ist hierbei der Umstand, dass der Gutachter explizit darauf hinwies, dass weitere Abklärungen hinsichtlich einer Neuropathie durchgeführt werden sollten. Insbesondere sei eine Blasenfunktionsstörung objektiv zu dokumentieren. In diesem Kontext wurde zudem bekräftigt, dass das erfolgte Polyneuropathie-Screening vom Umfang her völlig ungenügend sei, wobei das Resultat der Untersuchung keine Rückschlüsse auf den Schweregrad der Symptomatik zulasse. Gleichwohl wurde schliesslich – unter Vorbehalt weiterführender Befunde – auf eine Einschränkung von 20% in Bezug auf eine angepasste Tätigkeit geschlossen. Diese Schlussfolgerungen sind vor diesem medizinischen Hintergrund in keiner Weise nachvollziehbar, zumal unklar bleibt, worauf die reduzierte Leistungsfähigkeit letztlich basiert.

Insgesamt bleiben das Diagnosebild sowie insbesondere die daraus resultierenden funktionellen Einbussen mit Auswirkung auf das Leistungsvermögen unklar. Das Gutachten ist unvollständig und widersprüchlich, so dass ihm kein hinreichender Beweiswert zukommen kann. Vielmehr bestehen erhebliche Zweifel daran, ob der Gesundheitszustand und die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung zutreffend erfasst wurden.

8. Daran vermögen auch die Ausführungen des RAD-Arztes Dr. H._____ nichts zu ändern. Unter Berücksichtigung des vorstehend Dargelegten ist seine Beurteilung, wonach dem Gutachten voller Beweiswert zuerkannt werden könne, nicht nachvollziehbar. Ferner steht auch seine Aussage, derzufolge die im Rahmen des neuropsychologischen Konsiliums vom 3. April 2024 erhobenen kognitiven Beeinträchtigungen bereits durch die im Gutachten gestellten Hauptdiagnosen erfasst würden, in einem erheblichen Widerspruch zur Tatsache, dass die Gutachter die neurologischen Einschränkungen nicht abschliessend erfassen konnten und eine Reevaluation der psychischen Situation empfahlen. Die Funktion interner RAD-Berichte besteht insbesondere auch darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in der Verwaltung, die über den Leistungsanspruch zu entscheiden hat – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen. Angesichts des widersprüchlichen und mangelhaften Gutachtens ist es nicht einleuchtend, weshalb Dr. H._____ zur Klärung des rechtserheblichen Sachverhalts im Rahmen des Verwaltungsverfahrens keine erneute Begutachtung empfahl.

9. Nach dem Gesagten erlaubt das Gutachten der GA eins AG weder eine zuverlässige Beurteilung des medizinischen Sachverhalts noch bildet es eine rechtsgenügende Grundlage zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Der massgebende medizinische Sachverhalt im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG ist damit nicht ausreichend abgeklärt. Vor diesem Hintergrund wäre die Beschwerdegegnerin gehalten gewesen, den Gesundheitszustand der Versicherten vor Verfügungserlass eingehender abklären zu lassen. Dies gilt umso mehr, als die begutachtenden Fachpersonen weitere Abklärungen aus neurologischer Sicht selbst als notwendig erachteten, um die funktionellen Einschränkungen zuverlässig beurteilen zu können. Hierzu wurde im Rahmen der Konsensbeurteilung gar bekräftigt, dass die Arbeitsfähigkeit nicht nur dann zu reevaluieren sei, wenn sich aus neurologischer Sicht im weiteren Verlauf Erklärungen für die eindrücklich vorgetragenen Beschwerden und Limitierungen ergeben würden, sondern auch für den Fall, dass keine somatisch-neurologischen Erklärungen erhoben werden könnten. Diesfalls müsste die perpetuierte groteske Beschwerdesituation allenfalls psychiatrisch reevaluiert werden. Da die übrigen bei den Akten liegenden medizinischen Berichte ebenfalls keine verlässliche Entscheidungsgrundlage bilden, sind die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren nicht ausreichend beweiskräftig. Der relevante medizinische Sachverhalt bedarf deshalb weiterer Abklärung.

10. Hingegen kann bereits an dieser Stelle festgehalten werden, dass die allgemeininteristischen und rheumatologische Fachgutachten – soweit sie sich auf ihr jeweiliges Fachgebiet beziehen – nicht zu beanstanden sind. Die Teilgutachten sind umfassend, sie berücksichtigen die geklagten Beschwerden, sie sind in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden und sie leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Die jeweiligen Schlussfolgerungen, wonach keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden, stehen sodann im Einklang mit der medizinischen Aktenlage. Den entsprechenden Gutachten ist daher volle Beweiskraft zuzuerkennen.

11.1 Die IV-Stelle ermittelte den Invaliditätsgrad der Versicherten in der Verfügung vom 3. Juni 2024 – wie eingangs dargelegt – in Anwendung der gemischten Bemessungsmethode

mit Anteilen von 80% an Erwerbs- und von 20% an Haushaltstätigkeit. Die Beurteilung der Statusfrage und die damit zusammenhängende Methodenwahl sowie auch die Festlegung der Anteile der Erwerbstätigkeit und der Haushaltstätigkeit sind zwischen den Parteien – zu Recht – nicht umstritten. Nicht zu überzeugen vermag jedoch die Schlussfolgerung der IV-Stelle, wonach bei der Versicherten im Haushaltsbereich keine Einschränkung bestehen soll. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung basierte vollumfänglich auf der Einschätzung ihrer Abklärungsperson gemäss dem "Abklärungsbericht Haushalt" vom 13. Juni 2022 bzw. insbesondere dem ergänzenden Bericht des Abklärungsdiensts vom 2. November 2023. Entgegen der Auffassung der IV-Stelle kann diesen Berichten jedoch kein ausschlaggebender Beweiswert beigemessen werden.

11.2 Zur Ermittlung der Einschränkung im Haushaltsbereich bedarf es im Regelfall einer Abklärung vor Ort (vgl. Art. 69 Abs. 2 IVV). Hinsichtlich des Beweiswertes des Abklärungsberichts sind – analog zur Rechtsprechung zur Beweiskraft von Arztberichten (BGE 134 V 231 E. 5.1) – verschiedene Faktoren zu berücksichtigen. Ein Haushaltsabklärungsbericht ist beweiskräftig, wenn er von einer qualifizierten Person verfasst wird, welche Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der Beeinträchtigungen und Behinderungen hat, die sich aus den medizinischen Diagnosen ergeben. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein sowie in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen (vgl. AHI-Praxis 2003 S. 218 E. 2.3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. April 2010, 9C_90/2010, E. 4.1.1.1). Das Gericht greift, sofern der Bericht eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage im eben umschriebenen Sinne darstellt, in das Ermessen der Abklärungsperson nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen oder Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit der Abklärungsergebnisse vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt steht als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (Urteil des Bundesgerichts vom 18. August 2008, 8C_107/2008, E. 3.2.1 mit Hinweis; BGE 128 V 93 E. 4).

11.3 Vorliegend fällt entscheidend ins Gewicht, dass die Abklärungsperson im Bericht vom 13. Juni 2022 eine Einschränkung im Haushalt von insgesamt 20.4% ermittelte. Demgegenüber kam sie im ergänzenden Bericht vom 2. November 2023 nach Vorliegen des Gutachtens der GA eins AG zum Schluss, dass seit Februar 2022 keine Einschränkungen im Haushalt bestehen würden. Hierzu führte sie im Wesentlichen an, dass ihr das gutachterliche Resultat zum Abklärungszeitpunkt nicht vorgelegen habe, weshalb die Einschränkungen nicht abschliessend hätten verifiziert werden können. Die vordergründig bedingten psychiatrischen Einschränkungen hätten nur aufgrund der Aussagen der versicherten Person erhoben werden können. Zum Abklärungszeitpunkt habe somit die gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit von 70% mit dem entsprechenden Belastungsprofil nicht vorgelegen. Es sei der versicherten Person möglich, Arbeiten frei einzuteilen und bei Bedarf in Etappen zu übernehmen. Ausserdem gelte im Allgemeinen, dass im geschützten Rahmen der Wohnung psychische Defizite üblicherweise zu einer reduzierten Einschränkung führen. Die Berechnung der Haushaltseinschränkung erfolge nun unter Berücksichtigung der allgemeinen Schadenminderung (vgl. hierzu ausführlich den ergän-

zenden Bericht vom 2. November 2023, IV-act. 122). Diese nachträglich von den nicht beweiskräftigen gutachterlichen Feststellungen beeinflussten Aussagen vermögen in keiner Weise zu überzeugen. Alsdann stehen sie in einem erheblichen Widerspruch zu den an Ort und Stelle erhobenen Angaben gemäss "Abklärungsbericht Haushalt" vom 13. Juni 2022. In diesem Rahmen kam die gleiche Abklärungsperson aufgrund des geschilderten Verhaltens der Versicherten sowie des Ausmasses der Beschwerden mit Blick auf die im selben Haushalt lebenden Kinder unter anderem gar zum Schluss, dass eine Institution zur Untersuchung des Kindeswohl (bspw. Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde [KESB]) beauftragt werden sollte. Alsdann wurde die berücksichtigte Einschränkung von 20.4% auch im damaligen Zeitpunkt unter anderem mit der Begründung, wonach psychische Defizite zu einer reduzierten Einschränkung im Haushalt führen würden, sowie unter Berücksichtigung der Schadenminderungspflicht festgesetzt. Im Bericht vom 2. November 2023 schloss die Abklärungsperson mit exakt der gleichen Argumentation auf eine fehlende Einschränkung im Haushaltsbereich. Dessen ungeachtet wurde im Gutachten der GA eins AG die festgestellte Einschränkung von 20.4% im Bereich Haushalt bestätigt. Die Frage, ob den Angehörigen der Versicherten im Bericht vom 13. Juni 2022 darüber hinaus auch ein zu hohes Mass an Mithilfe im Haushalt zugemutet bzw. auferlegt wurde, wie von dieser geltend gemacht wird, braucht sodann nicht abschliessend diskutiert zu werden, da sich vorliegend so oder anders eine neue Haushaltsabklärung aufdrängt.

11.4 So gilt es im Zusammenhang mit der Beurteilung der Einschränkung im Haushaltbereich ferner auf die Rechtsprechung hinzuweisen, wonach der Abklärungsbericht seiner Natur nach in erster Linie auf die Bestimmung des Ausmasses physisch bedingter Beeinträchtigungen zugeschnitten ist. Leidet die versicherte Person – wie im vorliegenden Fall – an einer psychischen Erkrankung, kommt den ärztlichen Stellungnahmen zu den gesundheitlich bedingten Einschränkungen erhöhtes Gewicht zu. Stehen die Ergebnisse der Abklärung vor Ort dazu im Widerspruch, kommt in der Regel der fachmedizinischen Einschätzung der Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, Vorrang zu. Denn für die Abklärungsperson ist es häufig nur beschränkt möglich, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (Urteil des Bundesgerichts vom 22. April 2010, 9C_90/2010, E. 4.1.1.3 mit Hinweisen). Wie sich aus den vorstehenden Erwägungen ergibt, kann dem psychiatrischen Fachgutachten jedoch keine Beweiskraft beigemessen werden und es bedarf weiterer medizinischer Abklärungen. Die strittige Frage, in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin im Haushaltsbereich beeinträchtigt ist, lässt sich gestützt auf die vorhandene Aktenlage nicht beurteilen. Der Sachverhalt bedarf auch in dieser Hinsicht weiterer Abklärung, wobei diese durch die Einholung eines neuen Haushaltsabklärungsberichts zu erfolgen haben wird. Da sich die bisherige Abklärungsperson durch die Abklärung vor Ort im Juni 2022 und durch die Abgabe der ergänzenden Stellungnahme vom 2. November 2023 schon zu eingehend mit dem Fall befasst hat, um noch als unvoreingenommen zu gelten, ist es angezeigt, die Abklärung durch eine neue, bis anhin noch nicht mit der Angelegenheit betraute Abklärungsperson durchführen zu lassen.

12. Gemäss neuerer bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst ein Ge-

richtsgutachten einzuholen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist, oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1). Im vorliegenden Fall erweisen sich das der angefochtenen Verfügung zugrunde gelegte Gutachten der GA eins AG vom 20. September 2023 sowie die Beurteilung des RAD als nicht beweistauglich. Da es die IV-Stelle versäumt hat, den massgeblichen medizinischen Sachverhalt mit der gebotenen Sorgfalt widerspruchsfrei abzuklären, und es nicht die Aufgabe der kantonalen Gerichte ist, im Verwaltungsverfahren versäumte medizinische Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz nichts entgegen. Dies gilt umso mehr, als es überdies auch an beweiskräftigen Feststellungen zur Einschränkung im Haushaltsbereich mangelt. Die IV-Stelle wird den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Versicherten durch ein verwaltungsexternes Gutachten, welches – mindestens – die Fachbereiche Psychiatrie und Neurologie umfasst, abklären zu lassen haben. Hierzu wird sie vorab im Rahmen einer Nachfrage beim begutachtenden Neurologen der GA eins AG in Erfahrung zu bringen haben, was für eine spezialisierte neurologische Abklärung betreffend die Klärung der Frage nach dem Vorliegen einer Small-Fiber-Neuropathie und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit angedacht war. Über die Frage, ob aus medizinischer Sicht allenfalls noch weitere Abklärungen in anderen Fachrichtungen erforderlich sind, werden die beauftragten Gutachter zu befinden haben. Hierbei könnte sich angesichts der wiederholt in den medizinischen Akten erwähnten psychischen Überlagerung bei organischen Beschwerden möglicherweise zusätzlich eine neuropsychologische Abklärung aufdrängen. Ferner könnten sich auch ergänzende urologische Abklärungen als notwendig erweisen, falls tatsächlich zu objektivierende Blasenfunktionsstörungen nicht auf einer neurologischen Ursache gründen sollten. Auf diese Umstände wird die Beschwerdegegnerin im Rahmen des Gutachtensauftrags hinzuweisen haben. Darüber hinaus wird die Beschwerdegegnerin zur Ermittlung der Einschränkung der Versicherten im Haushalt einen neuen Abklärungsbericht Haushalt durch eine mit der Angelegenheit noch nicht befasste Abklärungsperson erstellen zu lassen haben. Gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung wird sie schliesslich über den Rentenanspruch der Versicherten in Anwendung der gemischten Methode – mit einem Erwerbsanteil von 80% und einem Haushaltanteil von 20% – neu zu verfügen haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

13. Abschliessend bleibt über die Kosten des Beschwerdeverfahrens zu befinden.

13.1 Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und Entscheidung (mit noch offenem Ausgang) für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei, unabhängig davon, ob sie beantragt oder ob das Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (BGE 137 V 210 E. 7.1 mit Hinweisen). Dieser Grundsatz gilt ausdrücklich auch für das kantonale Beschwerde-

verfahren (Urteil des Bundesgerichts vom 23. August 2023, 9C_379/2022, E. 4.2; BGE 137 V 57 E. 2.1 und 2.2 mit Hinweisen).

13.2 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1000.-- 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. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die IV-Stelle unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr aufzuerlegen sind.

13.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da die Beschwerdeführerin obsiegende Partei ist, ist ihr eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin machte in ihrer Honorarnote vom 17. September 2024 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 15 Stunden und 40 Minuten sowie Auslagen von Fr. 91.60 geltend. Während die ausgewiesenen Auslagen zu keinen Beanstandungen Anlass geben, muss der geltend gemachte Zeitaufwand – auch im Quervergleich zu anderen gleichgelagerten Fällen – als zu hoch bezeichnet werden. So erweist sich insbesondere der für die Redaktion der Beschwerde ausgewiesene Zeitaufwand von insgesamt 12 Stunden und 15 Minuten als zu hoch. Es rechtfertigt sich daher, den entschädigungsberechtigten Zeitaufwand um 3 Stunden zu kürzen und insgesamt auf 12 Stunden und 40 Minuten festzusetzen. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Der Beschwerdeführerin ist demnach eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'523.10 (12 Stunden und 40 Minuten à Fr. 250.-- und Auslagen von Fr. 91.60 zuzüglich 8.1% Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen.

14. Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind - mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) - nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 477 E. 4.2).

Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 3. August 2024 aufgehoben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle Basel-Landschaft zurückgewiesen wird

2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt.

Der Beschwerdeführerin wird der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zurückerstattet.

3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'523.10 (inkl. Auslagen und 8,1% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.