

S1 25 18

URTEIL VOM 15. SEPTEMBER 2025

**Kantonsgericht Wallis
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung**

Besetzung: Michael Steiner, Präsident; Candido Prada und Dr. Thierry Schnyder, Kantonsrichter; Petra Stoffel, Gerichtsschreiberin

in Sachen

X _____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwältin Graziella Walker Salzmann, Naters

gegen

KANTONALE IV-STELLE, Beschwerdegegnerin

weiter verfahrensbeteiligt:

PENSIONSKASSE DES BUNDES PUBLICA, Beigeladene

(Rentenanspruch, Methodenwahl, Invaliditätsberechnung)

Beschwerde gegen die Verfügung vom 10. Dezember 2024

Verfahren

A. Die xxxx geborene Beschwerdeführerin leidet seit ihrer Kindheit unter Angstanfällen und Panikattacken. Nach Abschluss des Bachelorstudiengangs A _____ war sie ab Juli 2012 zu 80% und ab Januar 2022 zu 70% B _____ erwerbstätig. Unter Hinweis auf eine seit März 2022 bestehende Covid-Infektion meldete sie sich am 6. Juli 2022 bei der Beschwerdegegnerin zur beruflichen Integration/Rente an. Daraufhin tätigte die Beschwerdegegnerin medizinische sowie beruflich-erwerbliche Sachverhaltsabklärungen und zog die Akten des Unfallversicherers bei. Die eingeholten medizinischen Akten legte sie dem regionalen ärztlichen Dienst (RAD) zur Beurteilung vor, der ein psychiatrisches Gutachten anordnete, das am 11. August 2023 erstattet und am 6. August 2024 ergänzt wurde.

Mit Vorbescheid vom 11. Oktober 2024 stellte die IV-Stelle der Beschwerdeführerin die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Sie ermittelte in Anwendung der gemischten Methode ab März 2022 einen Invaliditätsgrad von 35% bzw. ab August 2023 (Zeitpunkt der Begutachtung) einen solchen von 28%, wobei sie im erwerblichen Bereich von einer Arbeitsfähigkeit von 50 bzw. 60% in der angestammten Tätigkeit ausging. In der Haushaltsführung erachtete sie die Beschwerdeführerin als nicht eingeschränkt und schlussfolgerte, berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt. Dagegen erhob die Beschwerdeführerin am 23. Oktober bzw. 20. November 2024 ihre Einwände. Am 10. Dezember 2024 verfügte die IV-Stelle wie vorbeschrieben, dass kein Anspruch auf IV-Leistungen bestehe.

B. Die Versicherte reichte am 27. Januar 2025 gegen diese Verfügung Beschwerde bei der sozialversicherungsrechtlichen Abteilung des Kantonsgerichts ein. Sie beantragte, die Verfügung betreffend die Leistungsverweigerung sei aufzuheben und es seien ihr die gesetzlich zustehenden Leistungen auszurichten. Ansonsten sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese weitere Sachverhaltsabklärungen vornehme. Sie beanstandete in formeller Hinsicht die Aktenedition des Unfallversicherers und kritisierte, dass ihr der FI-Assessmentbericht vom 30. August 2022 nicht zur Kontrolle unterbreitet worden sei. Sie ergänzte in Bezug auf die Statusbeurteilung, im Gesundheitsfalle einer Vollzeitbeschäftigung nachgegangen zu sein. Die gegenteilige Ansicht der Beschwerdegegnerin finde in den Akten keine Stütze. Sie rügte schliesslich unter Hinweis auf die Berichte ihres behandelnden Psychologen den Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens als unzutreffend und liess diverse Unterlagen zu den Akten reichen.

In ihrer Vernehmlassung vom 1. April 2025 hielt die Beschwerdegegnerin an der angefochtenen Verfügung fest und beantragte die Abweisung der Beschwerde. Replizierend bestätigte die Versicherte am 11. Juli 2025 ihre Ausführungen und hinterlegte eine persönliche Stellungnahme.

Nachdem die Beschwerdegegnerin am 5. August 2025 duplizierte und die zuständige Pensionskasse auf eine Stellungnahme verzichtete, schloss das Gericht am 18. August 2025 den Schriftenwechsel ab.

Auf weitere Sachverhaltsdarstellungen, Parteibehauptungen und Begründungen wird, soweit rechtlich von Bedeutung, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1. In Abweichung von Art. 58 Abs. 1 ATSG sind Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle anfechtbar (Art. 69 Abs. 1 IVG). In casu ist dies die sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Kantonsgerichts (Art. 7 Abs. 2 RPfIG i.V.m. Art. 1 Abs. 2 RVG und Art. 81a VVRG), die als kantonales Versicherungsgericht für die Behandlung von Beschwerden auf dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts zuständig ist (vgl. BGE 127 V 176 E. 2). Die Beschwerdeführerin ist als Verfügungsadressatin von der Verfügung der Beschwerdegegnerin berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (Art. 59 ATSG). Sie ist somit zur Beschwerde legitimiert. Auf die form- (Art. 61 lit. b ATSG) und fristgerecht (Art. 60 ATSG) eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

2. Zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin genügend abgeklärt und gestützt auf die medizinischen Akten den Leistungsanspruch zu Recht verneint hat. Im Rahmen der Berechnung des Invaliditätsgrades sind die Statusbeurteilung und die von der Beschwerdegegnerin herangezogenen Einkommen strittig.

3.

3.1 Das Administrativverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und 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 hinreichend Klarheit besteht (Bundesgerichtsurteil 8C_163/2007 vom 6. Februar 2008 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 (Bundesgerichtsurteil 9C_57/2019 vom 7. März 2019 E. 3.2).

3.2 Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.3; Bundesgerichtsurteil 8C_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch Bundesgerichtsurteil 8C_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.4). Wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen bildet – gegebenenfalls neben standardisierten Tests – die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Bundesgerichtsurteil 8C_127/2022 vom 8. Juli 2022 E. 5.2.2 mit Hinweisen). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 144 V 50 E. 4.3, 141 V 281 E. 6).

3.3 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im Streitfall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Die ärztlichen Auskünfte bilden eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2, 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist 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 des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag

gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten, sondern deren Inhalt (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

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. 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 137 V 210 E. 1.3.4, 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten und Ärztinnen darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) lässt es rechtsprechungsgemäss nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeutenkräfte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

4.

4.1 Die Beschwerdeführerin bemängelt in formeller Hinsicht die Edition der Suva-Akten und macht sinngemäss eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend, da ihr der Bericht des FI-Assessments vom 30. August 2022, aus dem die Beschwerdegegnerin weitreichende Konsequenzen ziehe, nicht zur Kontrolle unterbreitet worden sei.

4.1.1 Gemäss Art. 6a Abs. 1 IVG ermächtigt die Beschwerdeführerin mit der Geltendmachung des Leistungsanspruchs und der Unterzeichnung des Anmeldeformulars die in der Anmeldung erwähnten Personen und Stellen (wie z.B. die Suva), den Organen der Invalidenversicherung alle Auskünfte zu erteilen und alle Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die für die Abklärung von Leistungs- und Regressansprüchen erforderlich sind. Da die Beschwerdeführerin im Anmeldeformular vom 6. Juli 2022 eine Suva-An-

meldung und einen Leistungsbezug ausdrücklich bejahte (Akten der Beschwerdegegnerin S. 680 Ziffer 4.4) und hinsichtlich der erteilten Ermächtigung keine Vorbehalte anbrachte (S. 685), war die Beschwerdegegnerin zur Aktenanfrage bei der Suva berechtigt. Bei der Invalidenversicherung handelt es sich im Übrigen um eine sog. finale Versicherung (BGE 120 V 95 E. 4c). Das bedeutet, dass sie das Risiko der Invalidität unabhängig vom Vorliegen eines bestimmten versicherten Ereignisses wie Krankheit oder Unfall deckt (MAURER, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, Bd. I, S. 276; STEIN, Die Invalidität, in: Festschrift 75 Jahre EVG, S. 437). In Anbetracht dieses finalen Charakters rechtfertigte es sich, die Leistungen des Unfallversicherers abzuklären. Schliesslich hatte der Unfallversicherer – wie die Beschwerdegegnerin richtig darlegt – am 24. August 2022 die Durchführung des Meldeverfahrens AHV/IV-UV beantragt (S. 738).

Damit erweisen sich die von der Beschwerdeführerin erhobenen formellen Einwände als unbegründet.

4.1.2 Der Assessmentbericht, den eine Sachbearbeiterin der Beschwerdegegnerin am 30. August 2022 (S. 768 ff.) erstellt hat, dient dieser bei deren weiteren versicherungsinternen Entscheidungsfindung. Es handelt sich deshalb um ein Dokument, dessen Inhalt zur internen Meinungsbildung der Beschwerdegegnerin beiträgt. Das auf diese Weise produzierte Aktenstück hat das Gericht im Rahmen der freien Beweiswürdigung (siehe unten) zu würdigen. Bei Dokumenten ist zu differenzieren zwischen solchen, deren Inhalt dem Versicherten in geeigneter Form zur Kenntnis gebracht werden muss, um diesem überhaupt die Kontrolle zu ermöglichen, und rein internen Dokumenten (wie Entwürfe, Notizen, Hilfsbelege usw.), welche für die Überprüfung des Leistungsanspruchs ohnehin nicht relevant sind. Unterliegt ein internes Dokument grundsätzlich der «Informationspflicht», bedeutet dies indessen noch nicht, dass es der versicherten Person unverzüglich vorzulegen ist (vgl. BGE 139 III 49 E. 4.1.3). Den berechtigten Interessen der versicherten Person kann auch dadurch Rechnung getragen werden, dass das betreffende Dokument ihr etwa im Rahmen des Akteneinsichtsrechts zur Kenntnis gebracht wird. Der verwaltungsintern erstellte Bericht zu streitigen Sachverhaltsfragen unterliegt praxismässig dem Akteneinsichtsrecht (BGE 115 V 297 E. 2 g/bb), welches in casu am 24. Oktober 2024 gewährt wurde, weshalb die Beschwerdeführerin – nachdem ihr die Akten samt besagtem Bericht zugestellt worden waren – vor Erlass der strittigen Verfügung davon Kenntnis erhielt. Rechtsprechungsgemäss hat schliesslich die versicherte Person bei erster Gelegenheit einen Verfahrensmangel vorzubringen, ansonsten sie den Anspruch auf spätere Anrufung der vermeintlich verletzten Verfahrensvorschrift verwirkt

(BGE 143 V 66 E. 4.3 mit Hinweisen). Die Beschwerdeführerin erhielt nach der Zustellung der Akten die Möglichkeit zur Stellungnahme. Sie brachte jedoch im Rahmen des Vorbescheidverfahrens keine verfahrensrechtlichen Verletzungen vor. Insoweit wäre die Einwendung im Rahmen des Beschwerdeverfahrens auch verspätet. Daran ändert der Umstand, dass erst mit der Verfügung auf den Bericht Bezug genommen wurde, nichts, zumal die Versicherte vom Bericht bereits im Vorbescheidverfahren Kenntnis genommen hatte bzw. hätte nehmen können, womit ihre Rechte gewahrt wurden.

4.2 Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, bei der Statusbeurteilung sei die gesundheitliche Beeinträchtigung unberücksichtigt geblieben. Sie wäre im Gesundheitsfall einer Vollerwerbstätigkeit nachgegangen.

4.2.1 Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit ist der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich. Die Beantwortung der Statusfrage erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch die hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat. Diese Entscheidungen sind als innere Tatsachen wesensmässig einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in der Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (BGE 144 I 28 E. 2.4; Bundesgerichtsurteil 8C_178/2021 vom 11. Mai 2021 E. 3.2 mit Hinweisen).

4.2.2 Im vorliegenden Fall meldete die Beschwerdeführerin am 30. Juni 2012 die Zusage für eine Temporäranstellung per Juli 2012. Sie werde zu 80% arbeiten (S. 639). Gemäss persönlicher Stellungnahme vom 7. Juli 2025 hatte ihr das B _____ im Juni 2012 auch eine Vollzeitstelle angeboten (vgl. Replikbeilage). Hinsichtlich der persönlichen Berufsperspektiven weist sodann die Notiz der Sachbearbeiterin vom August 2020 darauf hin, dass die Versicherte im Jahr 2009 zwar im Bereich Tanz keine berufliche Perspektive mehr sah, jedoch nach wie vor einen künstlerischen Beruf anstrebte (S. 414). Als Ersatz zum Tanz begann die Versicherte zu singen. Der hinterlegte Lebenslauf weist darauf hin, dass die Versicherte ab 2009 als «C _____ des D _____» auftrat (S. 577). Gemäss der Biografie des Musik-D _____ (vgl.

[https://\[\]](https://[])) hatte sich die Versicherte im Sommer 2009 mit einem anderen E _____ zusammengeschlossen, wobei sie auch eigene Songs im Repertoire hatten. Beim F _____ erreichte D _____ das Halbfinale. Der Internetseite kann auch ein G _____ im Jahr 2011 entnommen werden. Im Zeitpunkt der Erstanstellung im Juli 2012 war es der Versicherte ausserdem möglich gewesen, selbstständig Zugfahrten von H _____ nach I _____ zu bewältigen und alleine in Untermiete zu wohnen (S. 626). Die behandelnde Fachärztin und die Therapeutin des PZO hatten sodann im Verlaufsbericht vom 27. Dezember 2011 (S. 530) eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50% nur bis Ende September 2011 attestiert und einen Übertritt in die Berufswelt für sinnvoll erachtet, wobei ihres Erachtens eine Vollzeitätigkeit angestrebt werden konnte (Ziffer 1.11 S. 534). Mithin stand aus gesundheitlichen Gründen der Aufnahme einer Vollbeschäftigung ab Sommer 2012 nichts im Wege. Dies sah der RAD-Arzt nach einer Prüfung der gesamten Akten am 18. Januar 2012 auch so (S. 538). Die Versicherte traute sich zu diesem Zeitpunkt selber zu, in J _____, I _____, K _____ oder L _____ einen Berufseinstieg in Angriff zu nehmen, bewarb sie sich doch auf entsprechende Stellen (vgl. 545 ff.), ohne jeweils gesundheitliche Einschränkungen zu erwähnen, die einer Vollzeitbeschäftigung entgegengestanden hätten. Schliesslich kann auch aufgrund der unangefochten gebliebenen Mitteilungen der Beschwerdegegnerin vom November und Dezember 2013 zum Abschluss der beruflichen Massnahmen (S. 660 ff.) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass sich die Beschwerdeführerin mit der gewählten Situation als Teilzeitangestellte begnügte.

In der Folge blieb die Versicherte in Teilzeit tätig. Hinweise dafür, dass sie ein Vollzeitpensum angestrebt hätte, liegen nicht vor. Jedenfalls lassen sich den Akten solche nicht entnehmen. Auch bei der am 4. Juli 2022 (S. 676 ff.) erfolgten Anmeldung machte die Versicherte bestehende gesundheitliche Beeinträchtigungen erst ab März 2022 geltend und ergänzte, die Arbeitsunfähigkeit belaufe sich auf 50% des 70% Pensums. Dabei ist es für die Statusbeurteilung unerheblich, aus welchen Gründen per 1. Januar 2022 eine Reduktion des Arbeitspensums erfolgte, war doch die Versicherte bis dahin bereits als Teilzeitbeschäftigte (80%) zu qualifizieren. Diesbezüglich bleibt lediglich zu ergänzen, dass der Vermerk der Sachbearbeiterin im Bericht vom 30. August 2022 (S. 769), wonach die Reduktion nicht aus gesundheitlichen Gründen, sondern zugunsten von Gesangsstunden erfolgt sei, unter den gegebenen Umständen als überwiegend wahrscheinlich erscheint. Hinzu kommt, dass sich die persönlichen Verhältnisse mit der per Juli 2021 erfolgten Verehelichung ebenfalls verändert hatten. Diesbezüglich erklärte die Versicherte, ihr Mann sei Vollzeit tätig und habe einen guten Lohn. Er sei auch damit

einverstanden, wenn sie nur 50 oder 60% arbeite (S. 817). Ausserdem hatte die Versicherte im Rahmen der Besprechung vom 29. August 2022 auch ihren Kinderwunsch eingebracht (vgl. dazu Schreiben der Versicherten vom 6. September 2022, S. 772). Es ist schliesslich nicht einzusehen, aus welchem Grund die Sachbearbeiterin bei dieser Abklärung falsche Angaben hätte festhalten sollen. Die damaligen Angaben der Versicherten zum Arbeitspensum erscheinen aufgrund ihrer klaren Formulierung durchaus nachvollziehbar und zuverlässig, zuverlässiger jedenfalls als die beschwerdeweise erhobene gegenteilige Behauptung, die unter Umständen von Überlegungen versicherungsrechtlicher Art beeinflusst sein könnte (BGE 143 V 168 E. 5.2.2). Daran vermag auch die schriftliche Darlegung der Gesanglehrerin nichts zu ändern, war es der Versicherten doch auch möglich, sich im Rahmen von Onlinestunden dem Gesang hinzugeben bzw. sich anderweitig künstlerisch zu betätigen. Hinsichtlich der vom Vertrauenspsychologen aufgestellten Behauptung vom Januar 2025, wonach die Versicherte aufgrund der Persönlichkeitsstörungen bisher kein Vollpensum habe bewältigen können, ist einzuwenden, dass Arbeitsunfähigkeitszeugnisse im Zeitraum vom September 2011 bis März 2022 weder von den Ärzten noch von anderen Therapeuten ausgestellt wurden, seine Schlussfolgerung damit offensichtlich auf den persönlichen Darlegungen der Versicherten beruhen und er als Nichtpsychiater keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der fachärztlichen Feststellungen zu begründen vermag, zumal er gegenüber der versicherten Person eine beratende und unterstützende Funktion eingenommen hatte. In Bezug auf seine Darlegungen muss daher berücksichtigt werden, dass hinsichtlich seiner abweichenden Berichte der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass die behandelnden Fachleute mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Zu guter Letzt weisen auch die am 31. März 2020 und am 10. Oktober 2022 ausgestellten Zwischenzeugnisse der Arbeitgeberin (S. 668 f. und 996 f.) nirgends darauf hin, dass gesundheitliche Gründe Anlass für eine Reduktion des Pensums von 80 auf 70% gegeben hätten. Wie ferner die Beschwerdegegnerin zu Recht darlegt, strebte die Versicherte seit Längerem einen internen Bereichswechsel an und wünschte sich diesen schnellstmöglich, wobei sie sich davon selbst Vorteile für ihren Gesundheitszustand erhoffte. Am 31. Januar 2023 hatte sie schriftlich ausgeführt, sie müsse nach einer Umschulung nicht zwingend zu 100% arbeiten. Ihr jetziges Arbeitspensum betrage vertragsgemäss 70% und sie habe schon vor ihrer Erkrankung den Wunsch gehabt, 60% zu arbeiten (S. 817). Der Umstand, dass die Versicherte ein reduziertes Pensum als wohltuend empfunden hat, entsprach somit einem subjektiven Bedürfnis.

Entgegen den Darlegungen der Beschwerdeführerin hat die Beschwerdegegnerin daher zu Recht bei der Statusfrage auf die Akten abgestellt und die Versicherte als Teilzeiterwerbstätige qualifiziert. Der Status der Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall als zu 70% Erwerbstätige und zu 30% als Hausfrau ist demzufolge zu bestätigen.

4.3 Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, die Beschwerdegegnerin habe ungenügend untersucht, ist darauf hinzuweisen, dass die Vorinstanz die Beurteilung der Leistungsfähigkeit massgeblich in Anlehnung an das in Auftrag gegebene externe psychiatrische Gutachten vornahm. Dem fachärztlichen Gutachter wurden dabei sämtliche Akten unterbreitet, er klärte die Versicherte auch persönlich ab und erstellte seinen Erst- und Ergänzungsbericht unter Berücksichtigung der Darlegungen der Beschwerdeführerin.

4.3.1 Im Gutachten vom 11. August 2023 hielt der Begutachter fest, retrospektiv sei eine abschliessende Überprüfung der Arbeitsfähigkeitseinschätzungen in der angestammten Tätigkeit nicht möglich. Möglich sei hingegen eine Würdigung aus heutiger Sicht, wobei gravierende Diskrepanzen bzw. Inkonsistenzen in der Dokumentation vorliegen müssten, damit retrospektiv die Validität einer Arbeitsfähigkeitsbeurteilung in der Vergangenheit angezweifelt werden könne. Solche Diskrepanzen würden in der Dokumentation der klinischen Beurteilung durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte jedoch nicht vorliegen (S. 945). In der Folge listete der Psychiater die jeweils attestierte Arbeitsunfähigkeit auf, wobei eine solche von der Fachärztin und Fachpsychologin nur bis Ende September 2011 terminiert worden war (S. 530), was vom Gutachter auch so übernommen wurde (S. 945, Gutachten Ziffer 8.1, 2. Absatz). Der Begutachter folgerte daraus, von Oktober 2011 bis zum Untersuchungstag habe eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 50% bzw. danach von 60% bestanden. Leistungseinschränkungen würden bei unregelmässigen Arbeitszeiten/Überstunden, bei zu vielen wechselnden oder unspezifischen Aufgaben, bei zu starkem Zeitdruck, bei Fehlen regelmässiger Erholungspausen, bei Mangel an regelmässigem Feedback, bei zu schneller oder unstrukturierter Einarbeitung, bei ständigem Wechsel im Team oder konfliktreichen sozialen Interaktionen, bei einem desinteressierten oder unsensiblen Umfeld oder bei einem zu starren Arbeitspensum ohne Anpassungsmöglichkeiten an die individuelle Tagesform resultieren. Fehlende Homeoffice-Möglichkeiten würden den Zugang zu einer vertrauten und konzentrierten Arbeitsumgebung einschränken. Eine angepasste Tätigkeit mit möglichst eigenem Aufgabenbereich, konstanten Arbeitszeiten, ohne Nacharbeit, ohne Zeit- und Leistungsdruck, mit der Möglichkeit zusätzlicher betriebsunüblicher Pausen, mit der Möglichkeit zur Rückmeldung durch den Arbeitgeber, verlängerter Einarbeitungszeit, mit

konstanter sozialer Umgebung, ohne konflikträchtige soziale Interaktionen, wohlwollendem auf sie eingehenden Umfeld, mit flexiblem Leistungspensum, mit der Möglichkeit zum Homeoffice sei geeignet. Werde dieses Leistungsbild im ersten Arbeitsmarkt an einem Nischenarbeitsplatz realisiert, könne die Eingliederung mit einem Pensum von 80% erfolgen. Ansonsten verbleibe ein geschützter Arbeitsplatz (S. 947). Der Gutachter nahm sodann zu den einzelnen Standardindikatoren Stellung und hinterlegte den Bericht der neuropsychologischen Testung vom 18. September 2023 (S. 956 ff.), gemäss welchem die Ergebnisse innerhalb der Norm und die Leistungen aus neuropsychologischer Sicht nicht eingeschränkt waren. Schliesslich erachtete er die Medikation als nicht *lege artis*.

In seinem Ergänzungsbericht vom 6. August 2024 (S. 1010 ff.) hielt er an der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit oder als Gesangslehrerin von 60% ab Untersuchungstag fest (S. 1015 und 1020) und führte aus, die Versicherte habe offensichtlich über ausreichende Ressourcen verfügt, um ihr Studium abzuschliessen und während 10 Jahren zu 80% erwerbstätig zu sein (S. 1015 f.). Um die Versicherte nicht zu überfordern und ihre Arbeitsfähigkeit zu erhalten, sei in angepasster Tätigkeit ein Arbeitspensum von ca. 75% zumutbar (S. 1020). Die Angstsymptomatik der Versicherten spiele eine zentrale Rolle für ihre psychische Belastung und beeinträchtige sowohl ihre Arbeits- als auch ihre Lebensfähigkeit erheblich (S. 1021). Auf seine Angaben zur Arbeitsunfähigkeit für den Zeitraum von Oktober 2011 bis zum Untersuchungstag hingewiesen, ergänzte er, sich an der Dokumentation orientiert zu haben, die er unter Ziffer 8.1 zusammengefasst habe (S. 1016).

Die RAD-Ärztin ergänzte am 1. Oktober 2024 (S. 1028 ff.), im Haushalt seien keine relevanten Einschränkungen zu erwarten. Die Versicherte könne evtl. wegen Angststörungen bei Erledigungen ausser Haus beeinträchtigt sein. Dies sei jedoch therapeutisch angebar. Eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei erst ab März 2022 begründet, davor habe die Versicherte 70-80% gearbeitet.

Gemäss Bericht des Psychotherapeuten vom 24. Oktober 2024 (S. 1050 f.) reagiert die Versicherte, sobald sie ihr gewohntes Umfeld (M _____, K _____) verlässt, mit Panikattacken. Des Weiteren habe sich im Laufe der Behandlung eine ausgeprägte selbstunsichere Persönlichkeitsstörung gezeigt. Die Versicherte arbeite aktuell 20-40% (Stundenlohn) und absolviere eine ca. 20%-ige Gesangsausbildung (online). Eine Arbeitstätigkeit höher als 40% sei ihr gegenwärtig nicht zuzumuten. Sie sei motiviert hinsichtlich einer pädagogischen Gesangsausbildung, welche zu unterstützen sei. Ergänzend führte er am 19. November 2024 aus (S. 1061), die Depression sei grösstenteils

abgeklungen, wobei die Angststörung im Vordergrund stehe. Im Zuge der aktuellen Befruchtungsphase mache ausserdem ein Medikamentenwechsel keinen Sinn. Er hinterlegte den Antrag zur Fortsetzung der Therapie vom 5. August 2024 (S. 1064 ff.), wonach Dr. N _____, Facharzt für Psychiatrie / Psychotherapie, die Therapieindikation bei Persönlichkeitsstörungen F60.6 ängstlich (vermeidende), Persönlichkeitsstörung und F60.7 abhängige Persönlichkeitsstörung, St. n. F40.01 Agoraphobie mit Panikstörung, ED 2000 für gegeben hält.

Im Rahmen des Einwandverfahrens reichte die Versicherte die Beurteilung von Dr. O _____, Assistenzarzt Arbeitsmedizin, vom 29. August 2023 zu den Akten (S. 1058). Der Arbeitsmediziner schrieb von einer erfolgreichen Wiedereingliederung der Versicherten und der Zumutbarkeit, an zwei Tagen pro Woche nach K _____ reisen zu können. Er empfahl die von der Versicherten gewünschte Reduktion des Pensums auf 60%. Eine berufliche Neuorientierung erachtete er als nicht angemessen.

Mit Stellungnahme vom 10. Dezember 2024 ergänzte die RAD-Ärztin (S. 1088 f.), das Schreiben des behandelnden Psychologen habe im Vergleich zum Gutachten des psychiatrischen Facharztes keine ausreichende Wertigkeit. Hinsichtlich der Haushaltsführung erachtete sie lediglich Limitationen bei den Einkäufen als nachvollziehbar.

Die Versicherte liess sodann im Rahmen des Beschwerdeverfahrens den Bericht des behandelnden Psychologen vom 10. Januar 2025 zu den Akten reichen (S. 1119 ff.). Darin führte dieser aus, es gelinge einem Begutachter nicht, nach einem Gespräch von knapp 60 Minuten eine realistische Beurteilung zu gewährleisten. Das strukturierte klinische Interview für DSM-IV (SKID) habe in Übereinstimmung mit dem klinischen Bild zum Ergebnis von selbstunsicheren, zwanghaften und depressiven Persönlichkeitsstörungen F60.6, F60.5 und 301.4 geführt. Die bis dahin aufgeführten Diagnosen, wie z.B. die Angst vor Erbrechen und die Agoraphobie, seien Folgen ihrer Prägungen und tiefliegenden Persönlichkeitsstrukturierung. Diagnosen wie Depressionen würden ebenfalls im Rahmen der Persönlichkeitsstörungen entstehen. Ein Arbeitspensum (in einer anderen Arbeitstätigkeit) höher als 60% sei zum jetzigen Zeitpunkt nicht zumutbar. Aufgrund ihrer Prägungen und der Persönlichkeitsstörungen habe die Versicherte bisher nie zu 100% arbeiten können. Die Versicherte erlebe ausserdem deutliche Einschränkungen im Haushalt. Durch ihre zwanghafte und selbstunsichere Persönlichkeit brauche sie ausserordentlich viel Zeit, um die Dinge zu verrichten, und erschöpfe sich dabei des Öfteren, sodass ihr Ehemann viele Arbeiten übernehmen müsse.

4.3.2 Die involvierten Ärzte sind sich nach dem Dargelegten darin einig, dass die Versicherte aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen in ihrer Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit eingeschränkt ist, wobei die Ärzte von einem zumutbaren Pensum in der angestammten Tätigkeit von 60% ab August 2023 ausgehen. Mit Bericht vom 10. Januar 2025 erachtete auch der Vertrauenstherapeut ein solches Pensum als zumutbar. Die Versicherte konnte sich vorstellen, in einer angepassten Arbeit, die ihr mehr Freude bereite, ein noch höheres Pensum zu absolvieren (S. 927 Zukunftsvorstellungen). Es ist daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Versicherte ab August 2023 in einem Umfang von 60% arbeits- bzw. resterwerbsfähig war, womit die von der Beschwerdegegnerin verfügte Einschränkung von 40% rechtens ist.

In Bezug auf den Zeitraum vom 1. März 2022 bis August 2023 ging die Beschwerdegegnerin von einer Einschränkung von 50% aus. Auch diesbezüglich enthalten die echtzeitlichen Akten weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht anderslautende Feststellungen (vgl. auch Berichte der behandelnden Ärzte S. 705 Ziffer 1.3, 788). Der behandelnde Hausarzt folgerte in seinem Bericht vom 22. Juli 2022, eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit habe nicht fortgeführt werden können, jedoch habe sich das Entzündungsbild von März 2022 normalisiert und sei die Prognose eher gut (S. 705). In Bezug auf seine Schlussfolgerungen ist im Hinblick auf seine jahrelange auftragsrechtliche Vertrauensstellung zu berücksichtigen, dass er im Übrigen in Zweifelsfällen eher zugunsten seiner Patientin aussagt, und seine Feststellungen weniger auf Befunden als auf persönlichen Darlegungen der Patientin beruhen. Das Vorliegen eines fokalen neurologischen Defizites schloss der Neurologe jedenfalls explizit aus (S. 806). In psychiatrischer Hinsicht schlussfolgerte der Gutachter, die Versicherte sei bis zum Untersuchungstag zu 50% arbeitsfähig gewesen, was die RAD-Ärztin in ihrer Beurteilung übernommen hatte. Es besteht daher kein Anlass, die Richtigkeit der fachärztlichen Beurteilung durch den Gutachter in Zweifel zu ziehen, umso mehr, als dass sein Bericht zusammen mit dem Ergänzungsschreiben umfassend ist, in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurde und in den Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen begründet sind. Mithin stellt das Gericht auf sein Gutachten ab. Wenn sodann die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, die Begutachtung habe lediglich 45 Minuten gedauert, ist diesbezüglich zu ergänzen, dass die Dauer der Untersuchung – die an sich kein Kriterium für die Beweiskraft eines medizinischen Berichts ist – den Wert der Arbeit des Sachverständigen nicht in Frage stellen kann, dessen Aufgabe insbesondere darin bestand, innerhalb einer relativ

kurzen Frist eine Stellungnahme zum psychischen Gesundheitszustand des Versicherten abzugeben (vgl. Bundesgerichtsurteil 9C_589/2013 vom 2. Mai 2014 E. 5.2, 9C_443/2008 vom 28. April 2009, Erwägung 4.4.2). In diesem Sinne kann von ihm auch nicht verlangt werden, ausführliche Testungen durchzuführen. Der Gutachterbericht nennt schliesslich schlüssig die Ergebnisse einer Standardindikationsbetrachtung des Gesundheitszustandes der Versicherten. Demgegenüber vermögen die Berichte der von der Beschwerdeführerin mandatierten Allgemeinmediziner oder behandelnden Therapeuten keine Indizien gegen die Zuverlässigkeit des Gutachters zu begründen, zumal die hiervor zitierte Erfahrungstatsache zu beachten ist, wonach diese Fachleute in Zweifelsfällen eher zugunsten des Patienten aussagen und sie sich zu den Standardindikatoren nicht äussern. Da im Übrigen die Beschwerdegegnerin in ihrer Berechnung lediglich eine Resterwerbsfähigkeit von maximal 60% berücksichtigt hat, sind die Ausführungen des Gutachters hinsichtlich einer Tätigkeit von 80% in einem geschützten Rahmen oder Nischenplatz unerheblich. Unbegründet sind sodann die Einwände hinsichtlich der Medikation, zumal seitens der Beschwerdegegnerin von der Versicherten nie verlangt wurde, diese zu ändern, noch hatte sie diesbezüglich Schlüsse für die Arbeitsfähigkeit gezogen.

Wenn sich die Beschwerdeführerin schliesslich auf die Schlussfolgerungen des behandelnden Psychotherapeuten vom 10. Januar 2025 beruft, wonach es zu Fehldiagnosen gekommen sei, gilt, dass in jedem Einzelfall eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein muss. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Nach dem Dargelegten erweist sich die von der Beschwerdegegnerin verfügte Einschränkung von 40 bzw. 50% bzw. einer Restarbeitsfähigkeit von 60% bzw. 50% als rechters.

4.4 Im Weiteren rügt die Beschwerdeführerin die Bemessung der Invalidität und das Fehlen eines Abklärungsberichts bezüglich des Haushalts.

4.4.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persön-

lichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen. Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens grundsätzlich der letzte vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielte, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst.

Die Versicherte arbeitet seit Juli 2012 im B _____ und verfügt über einen Bachelorabschluss. Vom 1. Dezember 2020 bis zum 15. März 2021 war sie als stellvertretende Sektionschefin tätig. Zwar mag es zutreffen, dass die Versicherte ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen in ihrer Jugend das Bachelorstudium früher abgeschlossen hätte, jedoch war es ihr persönlicher Entscheid, kein Masterstudium mehr zu absolvieren, nachdem sie den Einstieg in die Berufswelt auch ohne diesen Abschluss erreicht hatte. Da ausserdem die Versicherte primär eine Tanzkarriere anstrebte, welche sie lediglich aufgrund des Alters aufgab, ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sie bei einem früheren Studienabschluss ihre Zukunft wohl eher darin gesehen hätte. Auch während ihrer Tätigkeit beim B _____ können keine Bestrebungen entnommen werden, die auf eine Änderung der beruflichen Karriere hindeuten würden. In diesem Sinne erweisen sich die von der Beschwerdeführerin eingebrachten Einwände als blosser Schutzbehauptungen.

Nach dem Dargelegten bleibt es mithin bei dem von der Vorinstanz errechneten Valideneinkommen von Fr. 117'286.55.

4.4.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich, erzieltes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich, wenn die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so werden nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss LSE herangezogen (BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Rechtsprechungsgemäss kann auf das tatsächlich erzielte Einkommen nicht abgestellt werden, wenn die versicherte Person ihre verbliebene Arbeitskraft nicht in zumutbarer Weise voll ausschöpft. Dies ist dann nicht der Fall, wenn sie auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt einen höheren als den tatsächlich erhaltenen Lohn erzielen könnte (Bundesgerichtsurteil 8C_237/2011 E. 2.3).

Auf diesem hypothetischen Arbeitsmarkt wäre der Beschwerdeführerin ein interner Stellenwechsel in eine Tätigkeit zumutbar, die es ihr erlauben würde, die Restarbeitsfähigkeit ab März 2022 von 50% bzw. ab August 2023 von 60% zu verwerfen. Das Kriterium der «voll ausgeschöpften Restarbeitsfähigkeit» soll nicht den Interessen der versicherten Person, sondern denjenigen der Invalidenversicherung dienen, indem sich die versicherte Person nicht auf ein tieferes Einkommen berufen kann, während ihr die Erzielung eines höheren zumutbar wäre (Bundesgerichtsurteil 8C_590/2019 vom 22. November 2019 E. 5.3 in fine).

Hinsichtlich der Bestätigung ihres früheren Vorgesetzten, wonach eine Herabsetzung des Pensums auf 60% in seinem Team nicht möglich gewesen wäre, kann auf die in der angefochtenen Verfügung dargelegten Ausführungen der Vorinstanz verwiesen werden (E. 3 der angefochtenen Verfügung). Dasselbe gilt für den Einwand hinsichtlich des Bezugs der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE). Es ist in der Tat kein Grund dafür ersichtlich, die Zumutbarkeit bezüglich des Invalideneinkommens exklusiv auf den privaten Sektor zu beschränken. Praxisgemäss ist beim anhand der LSE vorgenommenen Einkommensvergleich sodann von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) auszugehen, wobei üblicherweise auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level abgestellt wird. Dieser Grundsatz gilt jedoch nicht absolut, sondern kennt Ausnahmen. Es kann sich rechtsprechungsgemäss durchaus rechtfertigen, auf andere Tabellen abzustellen, wenn dies eine genauere Festsetzung des Invalideneinkommens erlaubt und wenn der versicherten Person der öffentliche Sektor auch offensteht (BGE 148 V 174 E. 6.2). Im hier zu beurteilenden Fall würde selbst bezüglich des Invalideneinkommens unter Zugrundelegung der LSE-Tabellenlöhne 2022 kein rentenbegründender IV-Grad resultieren, wie dies die Vorinstanz dargelegt hat.

4.4.3 Die Beschwerdeführerin macht schliesslich geltend, sie sei nicht in der Lage, den Haushalt zu erledigen. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Durchführung einer Haushaltsabklärung zur Ermittlung der konkreten Einschränkungen der Beschwerdeführerin im Haushalt unter Hinweis darauf, dass aufgrund der medizinischen Beurteilung im Haushalt keine oder wenn nur minimale Einschränkungen bestehen würden. Diese würden nach Berücksichtigung der zumutbaren Schadenminderungspflicht der Familienmitglieder 0% betragen.

Bei im Haushalt tätigen Personen mit Teilerwerbstätigkeit nimmt die IV-Stelle grundsätzlich eine Abklärung an Ort und Stelle vor (Bundesgerichtsurteil 9C_399/2016 vom 18. Januar 2017 E. 4.7.1), wobei auf eine solche unter Angabe einer kurzen Begründung im

Dossier verzichtet werden kann, wenn die persönlichen Verhältnisse der versicherten Person sowie die Auswirkungen des Gesundheitszustandes bereits genügend bekannt und aktenmässig belegt sind (KSVI Rz. 3041-3042). Ein Abklärungsbericht ist seiner Natur nach in erster Linie auf die Ermittlung des Ausmasses physisch bedingter Beeinträchtigungen zugeschnitten, weshalb seine grundsätzliche Massgeblichkeit unter Umständen Einschränkungen erfahren kann, wenn die versicherte Person – wie vorliegend die Beschwerdeführerin – an psychischen Beschwerden leidet. Rechtsprechungsgemäss bedarf es aber des Beizugs einer ärztlichen Fachperson, die sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltsführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, für den Fall, dass es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht, d.h. die Beurteilung psychischer Erkrankungen im Vordergrund steht (Bundesgerichtsurteile 8C_426/2024 vom 5. August 2025 E. 4.2 und 9C_201/2011 vom 5. September 2011 E. 2 mit Hinweisen; SVR 2018 IV Nr. 7 E. 4.3).

Die Beschwerdeführerin gab anlässlich der psychiatrischen Begutachtung an, eine ausgeprägte Angst vor Erbrechen und der Aufnahme von verdorbener Nahrung zu haben. Daher kontrolliere sie häufig verschiedene Dinge und benötige für viele alltägliche Verrichtungen deutlich mehr Zeit. Der Psychiater ergänzte, die Versicherte beschreibe Kontrollzwänge in verschiedenen Lebensbereichen, wie zum Beispiel in der Küche, bei der Kontrolle von Wasserhähnen und Ablaufdaten (S. 923). Die Versicherte lebe zusammen mit ihrem Ehegatten, mit dem sie gemeinsam die Hausarbeiten erledige, in einer Mietwohnung. Gemäss Darlegungen der Versicherten seien administrative Arbeiten für sie oft schwer zu bewältigen und würden unverhältnismässig viel Zeit in Anspruch nehmen (S. 926). Der Psychiater schrieb sodann, die Fähigkeit, Tages- und/oder anstehende Aufgaben zu planen und zu strukturieren, sowie die Durchhaltefähigkeit seien mittelgradig beeinträchtigt (S. 935). Es fehlen jedoch konkrete Angaben zur Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Haushalt. Dies trifft auch auf das Entlastungspotenzial ihres erwerbstätigen Ehegatten zu. Angesichts dessen und der aus fachärztlicher Sicht attestierten hohen Arbeitsunfähigkeit im Erwerbsbereich von 40 bzw. 50% beanstandet die Beschwerdeführerin zu Recht, dass die Beschwerdegegnerin bei vorhandenen psychischen Beschwerden auf eine Abklärung vor Ort verzichtet.

Vor diesem Hintergrund sowie angesichts der beim aktuellen Aktenstand ersichtlichen Beschwerden der Beschwerdeführerin kann nicht abschliessend beurteilt werden, inwiefern sie bei der Haushaltstätigkeit eingeschränkt ist, beziehungsweise es dem Ehegatten zumutbar ist, die Beschwerdeführerin im Haushalt zu unterstützen. Mithin erweisen sich

weitere Abklärungen, insbesondere die Durchführung einer Haushaltsabklärung, als unumgänglich. Da es ausserdem bei psychisch bedingter Invalidität des Bezugs einer ärztlichen Fachperson bedarf, die sich zu den einzelnen Positionen zu äussern hat, wird die Beschwerdegegnerin eine solche nach Einholung der Abklärung beizuziehen haben. Nur so wird es möglich sein, festzustellen, ob sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, widersprechen oder nicht, und gegebenenfalls eine Gewichtung vorzunehmen (SVR 2012 IV Nr. 19 S. 86, Bundesgerichtsurteil 8C_426/2024 vom 5. August 2025 E. 4.2). In diesem Sinne erweisen sich die Schlussfolgerungen der RAD-Allgemeinmediziner vom 1. Oktober und 10. Dezember 2024 (S. 1028, 1088), im Haushalt seien keine relevanten Einschränkungen zu erwarten, und ihre Darlegung, die Versicherte könne evtl. wegen Angststörungen bei Erledigungen ausser Haus beeinträchtigt sein, als nicht vollkommen schlüssig.

5. Aufgrund der Rückweisung zur Durchführung einer Abklärung vor Ort ist der von der Beschwerdeführerin in ihrer Stellungnahme vom 7. Juli 2025 sinngemäss gestellte Antrag auf ihre Befragung im Rahmen des Beschwerdeverfahrens obsolet und demzufolge abzuweisen.

6. Die Beschwerdeführerin ergänzt weiter, die Ausbildung zur Gesangslehrerin oder die Tätigkeit in einem kreativen Bereich wäre vorteilhaft. Vom Gutachter werde eine berufliche Neuorientierung in diese Richtung vorgeschlagen, weshalb sie sehr wohl Unterstützung durch berufliche Massnahmen, die ihr von der Beschwerdegegnerin abgesprochen worden seien, benötige.

Für die Entstehung eines Anspruchs auf Arbeitsvermittlung genügt zwar laut Wortlaut des Art. 18 Abs. 1 IVG bereits eine Arbeitsunfähigkeit, welches Kriterium bei der Beschwerdeführerin erfüllt ist. Allerdings müssen zusätzlich die Teilgehalte der Verhältnismässigkeit gegeben sein, insbesondere die Notwendigkeit der Massnahme (Art. 8 Abs. 1 lit. a IVG). Ist eine versicherte Person bereits in zureichender und zumutbarer Weise eingegliedert oder besteht die Möglichkeit, ihr ohne zusätzliche Ausbildung einen geeigneten und zumutbaren Arbeitsplatz zu vermitteln, so liegt keine invaliditätsbedingte Notwendigkeit für eine Arbeitsvermittlung oder Umschulung vor (RZ 1707 KSBM). Die Versicherte ist in ihrem angestammten Tätigkeitsbereich in ungekündigter Stellung tätig (S. 980), wobei die Beschwerdegegnerin bei der Berechnung des Invaliditätsgrades von einer 60%igen Arbeitsfähigkeit ausging. Massgebend ist das objektiv Zumutbare, nicht die subjektive Wertung des Versicherten (ZAK 1982 S. 495, E. 3; Bundesgerichtsurteil I 105/93 vom 11. März 1994 E. 2a), weshalb eine auf persönliche Bedürfnissen beruhende

berufliche Neuorientierung und eine damit im Zusammenhang stehende allfällige Arbeitsvermittlung nicht in den Zuständigkeitsbereich der Invalidenversicherung, sondern in denjenigen der Arbeitslosenversicherung fallen würde. Der Anspruch auf andere Eingliederungsmassnahmen braucht hier nicht geprüft zu werden, da er in der angefochtenen Verfügung nicht explizit beurteilt wurde. Bezüglich weiterer Eingliederungsmassnahmen fehlt es also bereits an einem beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsobjekt und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung (BGE 144 I 11 E. 4.3, 131 V 164 E. 2.1, 125 V 413 E. 1a).

7. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die Aktenlage für eine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs der Beschwerdeführerin als unzureichend erweist. Folglich ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 10. Dezember 2024 aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit diese nach ergänzender Abklärung im Sinne der obigen Erwägungen eine neue Beurteilung vornehme und sodann über den Leistungsanspruch neu verfüge.

8.

8.1 Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Kantonsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Aufgrund des Verfahrensaufwandes werden die Kosten zu Lasten der IV-Stelle auf Fr. 500.00 festgesetzt.

8.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf Parteientschädigung, die das Gericht unter Würdigung der Bedeutung und Schwierigkeit der Streitsache, des Umstandes, des Umfangs der Arbeitsleistung, sowie der durch den Rechtsstreit entstandenen Auslagen auf Fr. 1'800.00 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) festsetzt (Art. 61 lit. g ATSG; Art. 4 GTar).

Das Kantonsgericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen gutgeheissen und die Sache zur Vornahme der notwendigen Abklärungen und gestützt darauf zu einem neuen Entscheid an die IV-Stelle zurückgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 500.00 werden der IV-Stelle auferlegt.
3. Die IV-Stelle hat der Beschwerdeführerin eine Parteienschädigung in der Höhe von Fr. 1'800.00 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Sitten, 15. September 2025