



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 18. September 2025 (720 24 294)

Invalidenversicherung

Beweiswürdigung des verwaltungsexternen Gutachtens; Ermittlung des Invaliditätsgrads anhand der statistischen Löhne, anwendbares Kompetenzniveau

Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichter Andreas Blattner, Gerichtsschreiberin Tina Gerber

Parteien **A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, Neuarlesheimerstrasse 15, Postfach 435, 4143 Dornach

gegen

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

Betreff IV-Rente

A. Die 1984 geborene A.____ meldete sich erstmals am 6. November 2008 unter Hinweis auf eine bipolare affektive Störung sowie eine Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung des gesundheitlichen und erwerblichen Sachverhalts sowie nach Durchführung von beruflichen Massnahmen sprach die zuständige IV-Stelle B.____ der Versicherten mit Verfügung vom 18. August

2014 für die Zeit vom 1. Mai 2009 bis 31. Januar 2014 eine ganze und für die Zeit vom 1. Februar 2014 bis 31. Mai 2014 eine halbe Rente der Invalidenversicherung zu. Für die Zeit ab 1. Juni 2014 wurde ein Rentenanspruch verneint. Am 25. März 2021 meldete sich A.____ bei der nunmehr zuständigen IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) unter Hinweis auf eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes und vermehrten Schmerzen seit Herbst 2020 erneut zum Bezug von Leistungen an. Die IV-Stelle klärte die gesundheitlichen, erwerblichen und haushalterischen Verhältnisse ab und holte insbesondere ein psychiatrisches Gutachten bei Prof. Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein. Gestützt auf diese Abklärungen sprach sie der Versicherten mit Verfügung vom 21. August 2024 für die Zeit ab 1. September 2021 eine halbe Rente und für die Zeit ab 1. Januar 2024 eine solche entsprechend einem Invaliditätsgrad von 65% zu.

B. Hiergegen erhob A.____, vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Altermatt, am 26. September 2024 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, es sei die angefochtene Verfügung vom 21. August 2024 insofern teilweise aufzuheben, als ihr mit Wirkung ab 1. September 2021 eine ganze Rente zuzusprechen sei; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung brachte sie im Wesentlichen vor, dass das bei Prof. C.____ eingeholte Gutachten vom 30. Mai 2023 unvollständig und widersprüchlich sei, weshalb darauf nicht abgestellt werden könne. Es sei ein psychiatrisches Gerichtsgutachten anzuordnen, um die Frage der Arbeitsfähigkeit zu beantworten. Ferner wurde vorgebracht, dass das von der Beschwerdegegnerin ermittelte Invalideneinkommen zu hoch sei, da es zu Unrecht auf einen statistischen Lohn im Sektor Gesundheit- und Sozialwesen abstelle und der Beschwerdeführerin kein leidensbedingter Abzug gewährt worden sei.

C. Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Vernehmlassung auf Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Replik vom 14. Februar 2025 und Duplik vom 19. März 2025 hielten die Parteien an ihren Anträgen und Standpunkten fest.

E. Mit Verfügung vom 11. April 2025 wurde der vorliegende Fall dem Gericht zur Beurteilung überwiesen und dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin wurde eine unerstreckbare Frist bis 25. April 2025 eingeräumt, um dem Gericht seine Honorarnote einzureichen.

F. Mit Eingabe vom 17. Mai 2025 reichte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin seine Honorarnote inklusive Deservitenkarte ein.

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

1.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des

Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 26. September 2024 ist demnach einzutreten.

1.2 Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Auf alle Rentenansprüche, die ab dem 1. Januar 2022 entstehen, finden grundsätzlich die Bestimmungen des IVG und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 sowie diejenigen des ATSG in der ab 1. Januar 2022 gültigen Fassung Anwendung (Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9100). Erfolgt die Verfügung – wie hier – über die Rentenzusprache nach dem 1. Januar 2022, begründet diese aber einen Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022, sind hingegen die Bestimmungen des IVG und der IVV sowie diejenigen des ATSG in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung massgebend (KSIR, Rz. 9101; vgl. auch Kreisschreiben zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 1009). Ein allfälliger Wechsel zum neuen stufenlosen Rentensystem erfolgt, sofern die Voraussetzungen nach lit. b der Übergangsbestimmungen des IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020 erfüllt sind (vgl. auch KSIR, Rz. 9200 f.). Diese Voraussetzungen sind vorliegend gegeben, weshalb der Anspruch ab 1. Januar 2024 nach dem stufenlosen Rentensystem bemessen wird.

2. Streitig und zu prüfen ist die Höhe des Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin ab 1. September 2021.

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

3.2 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).

3.3 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

3.4 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (in der bis 31. Dezember 2021 anwendbaren Fassung) wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist. Die ab 1. Januar 2022 geltenden Gesetzesbestimmungen sehen das stufenlose Rentensystem vor: Danach wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt (Art. 28b IVG). Bei einem Invaliditätsgrad von 50-69% entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Art. 28b Abs. 2 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70% besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem IV-Grad unter 50% gelten die folgenden prozentualen Anteile einer ganzen Rente: 49% Invaliditätsgrad entspricht einem prozentualen Anteil von 47.5% einer ganzen Rente, 48% Invaliditätsgrad entspricht einer 45%igen Rente, 47% Invaliditätsgrad entspricht einer 42.5%igen Rente, 46% Invaliditätsgrad entspricht einer solchen von 40%, 45% Invaliditätsgrad entspricht einer 37.5%igen Rente, 40% Invaliditätsgrad entspricht einer 25%igen Rente (Art. 28b Abs. 4 IVG).

3.5 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (vgl. BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (vgl. BGE 114 V 310 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (vgl. BGE 128 V 29).

4.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

4.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes 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).

4.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

4.4 Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten 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 (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende

Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

4.5. Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2018, 9C_273/2017, E. 3.1). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

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

5.1 Bei der ursprünglichen Zusprache einer befristeten Rente am 18. August 2014 stützte sich die damals zuständige IV-Stelle B._____ auf die Stellungnahme ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 18. Februar 2014. Darin diagnostizierte der RAD-Arzt Dr. med. D._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, im Wesentlichen in Übereinstimmung mit den behandelnden Ärzten eine bipolare affektive Störung (ICD-10 F 31) sowie eine Hyperlaxität des Bandapparats. Die Versicherte leide an einer schweren psychiatrischen Erkrankung. Die Diagnose einer bipolaren affektiven Störung sei als gesichert zu betrachten. Die anlässlich der ersten Hospitalisation im Jahr 2008 geäusserte Verdachtsdiagnose einer Persönlichkeitsstörung sei in der Folge zu Recht verworfen worden, da es kaum entsprechende Anhaltspunkte gebe. Die Arbeitsfähigkeit sei nachvollziehbar deutlich reduziert, insbesondere in Tätigkeiten mit intensiven sozialen Interaktionen wie die bisherige Tätigkeit als Bezugsperson für schwer erziehbare Kinder. Hier würden die emotionale Durchlässigkeit und das schlechte Selbstwertgefühl besonders stark zum Tragen kommen. In einer angepassten Tätigkeit, die keine hohen Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit und die Stresstoleranz stelle und unter positiv verstärkender Führung stattfinde, sei die Arbeitsfähigkeit auf 50% festzulegen. Dabei solle auf Schichtarbeit verzichtet werden. Aufgrund der Hyperlaxität sei lediglich eine leichte bis maximal mittelschwere Tätigkeit zumutbar. Bei günstigem weiteren Verlauf scheine eine vorsichtige, schrittweise Steigerung auf mindestens 80% Arbeitsfähigkeit realistisch. Dabei sei jedoch eng mit den behandelnden Ärzten zusammen zu arbeiten.

5.2 Im Auftrag des zuständigen Krankentaggeldversicherers erstattete Dr. med. E._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, am 30. Juli 2022 ein versicherungspsychiatrisches Gutachten. Diagnostisch stellte er eine bipolare affektive Störung (ICD-10 F 31.1) sowie paroxysmale Ängste im Sinne von Panikattacken im Zusammenhang mit einer Traumafolgestörung fest. Auch die dissoziativen Zustände sowie die deutlich ausgeprägte Antriebshemmung respektive Blockaden seien im Rahmen der Traumafolgestörung nach verschiedenen Traumatisierungen im

Jugend- und jungen Erwachsenenalter zu bewerten. Aufgrund der wiederholten stationären Behandlungsbedürftigkeit und der anhaltenden Symptomatik mit mehrjährigem Verlauf sei grundsätzlich von einer psychischen Erkrankung auszugehen, wobei diese jedoch unter Berücksichtigung der vorhandenen medizinischen Unterlagen und der Einschätzung der Explorandin selbst im Sommer 2021 eine deutliche Verbesserung erfahren habe. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. E._____ fest, dass die Wiederaufnahme einer Tätigkeit im Sinne einer beruflichen Wiedereingliederung, wie von der behandelnden Ärztin früher noch vorgeschlagen, möglich sei. Mit re-konditionierender Unterstützung und in einem eher lockeren Setting, zum Beispiel im Bereich Kunsttherapie oder Ergotherapie, sei eine Arbeitsfähigkeit von 60% erreichbar. Grundsätzlich dürfe eine angepasste Tätigkeit weder Dreischichtarbeit noch wechselnde Nachtarbeit beinhalten. Zunächst sei dabei eine Zeit mit re-konditionierendem Pensum von vier bis fünf Stunden an drei Tagen der Woche zumutbar, mit Perspektive auf fünf Stunden an fünf Tagen nach zwei Monaten.

5.3 Die IV-Stelle beauftragte im Rahmen ihrer Abklärungen Prof. Dr. med. C._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, mit einem psychiatrischen Gutachten, welches diese am 30. Mai 2023 erstattete. Im Rahmen der Befragung habe die Explorandin angegeben, dass sie erstmals mit 16 Jahren eine Depression gehabt habe. Als sie 18 gewesen sei, sei die damals 36 Jahre alte Mutter an einer Aspiration gestorben. In ihrer ersten Beziehung habe sie Abwertungen und körperliche Gewalt erfahren. Im Rahmen der ersten Anmeldung bei der IV habe sie eine Ausbildung zur Sozialbegleiterin begonnen, die sie mit einem schulinternen Diplom, jedoch krankheitsbedingt nicht mit einer Berufsprüfung abgeschlossen habe. Über einen Freund sei sie an Dr. F._____ (Kirschblütengemeinschaft) zur Behandlung empfohlen worden. Nach der gesundheitlichen Krise habe sie die Arbeit im Behindertenbereich begonnen, dabei jedoch teilweise schlechte Erfahrungen in der Zusammenarbeit erlebt. Sie habe immer darum gekämpft, ihre eigene psychische Belastung loszulassen, und habe deshalb immer wieder ein Pensum von 60% einzuhalten versucht. Die Regulation von Nähe und Distanz im Behindertenbereich sei für sie jedoch schwierig und sie wolle eine solche Tätigkeit nicht mehr ausüben. Die Tätigkeit als Ritualgestalterin, wofür sie in den Jahren 2017 bis 2018 eine Ausbildung mit Diplom abgeschlossen habe, sei am ehesten das, was sie sich beruflich vorstellen könne.

Im Rahmen des psychopathologischen Befundes hielt die Gutachterin fest, dass die Explorandin wach, orientiert und bewusstseinsklar gewesen sei. Subjektiv habe sie eine Verlangsamung der kognitiven Prozesse angegeben, eine objektive Störung sei jedoch im Laufe des Gesprächs nicht beobachtbar gewesen. Der Antrieb sei glaubhaft reduziert, die Explorandin klagte über Angst und Panikattacken. Die Stimmung sei eher gedrückt, die Schwingungsfähigkeit sei leicht reduziert. Sie gebe an, zeitweise gereizt und dünnhäutig sowie sehr empfindlich gegenüber Lärm und Gerüchen zu sein. Impulsivität oder Zwänge würden verneint. Das Selbstwertgefühl sei aktuell eher mittel, es sei schon besser gewesen. Sie schäme sich oft, sei jedoch nicht hoffnungslos. Eine vermehrte Erschöpfbarkeit werde verneint. Die Explorandin beklage eine Blockierung in ihren Abläufen, vermehrte Verspannungen, einen gedämpften Appetit, Gewichtsverlust sowie formale Denkstörungen mit Gedankenabbrüchen. Sie habe anfallsweise Gefühle der Bedrohung im Sinne inhaltlicher Denkstörungen; Derealisationen würden oft, Depersonalisationen immer wieder auftreten. Solche Zustände würden auch im Kontext von Dissoziationen auftreten. Sie habe häufig

Einschlafprobleme, jedoch keine Durchschlafstörungen und nur selten Alpträume. Die Nächte seien erholsam. Die Sexualität sei schwierig. Sie berichte über Selbstschädigungen, verneine jedoch Suizidversuche.

Verschiedene im Rahmen der Begutachtung durchgeführten testpsychologischen Untersuchungen hätten ergeben, dass die Explorandin in der allgemeinen Lebenszufriedenheit und mit der Zufriedenheit in den sozialen Beziehungen deutlich verminderte bzw. unterdurchschnittliche Werte angegeben habe. Im den Bereichen Angst und Depressionen habe sie Ergebnisse im Sinne einer grenzwertigen bis schweren Symptomatik erzielt. Sowohl die Selbstwirksamkeit als auch die psychische Widerstandsfähigkeit lägen unter dem Normbereich. Während die Charaktereigenschaften Offenheit und Verträglichkeit im Normbereich getestet worden seien, seien die Eigenschaften Extraversion und Gewissenhaftigkeit unterdurchschnittlich, die Eigenschaft Neurotizismus hingegen überdurchschnittlich ausgeprägt. Das Persönlichkeit-Stil- und Störungsinventar (PSSI) habe ein in mehreren Bereichen auffälliges Profil ergeben und lasse auf eine Persönlichkeit schliessen, die von Affektlabilität und Selbstkritik gekennzeichnet sei. Es gäbe deutliche Hinweise auf eine Instabilität des Selbstbildes und der Stimmung sowie auf eine intensive Emotionalität, insbesondere eine vertiefte Wahrnehmung von negativen Gefühlen, Niedergeschlagenheit und Gefühlen der Wertlosigkeit. Die psychiatrische Gutachterin holte ferner bei der behandelnden Psychiaterin eine Fremdanamnese ein.

Die Angaben der Explorandin würden plausibel erscheinen und liessen sich gut mit der vorhandenen Aktenlage zusammenbringen. Es würden keine Anhaltspunkte für eine Beschwerdeverdeutlichung, Aggravation oder Dissimulation bestehen.

Als Diagnosen hielt Prof. C. ____ eine bipolare Störung, aktuell remittiert (ICD-10 F 31.7), eine Panikstörung (ICD-10 F 41.0), sowie eine dissoziative Störung (ICD-11 6B6), möglicherweise im Kontext einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (kPTBS, ICD-11 6B41) fest. Die bipolare Störung sei durch verschiedene stationäre Aufenthalte dokumentiert und belegt. Es bestehe diesbezüglich auch eine familiäre Disposition. Bezüglich dieser Diagnose bestehe keine Diskrepanz in den Akten. Die Explorandin weise aktuell indessen keine sicheren Hinweise auf eine depressive Episode auf. Die Schwingungsfähigkeit sei allenfalls leicht reduziert, das Selbstwertgefühl gebe sie als mittelmässig an, sie berichte auch von Hoffnung und beklage keine vermehrte Erschöpfbarkeit; der Schlaf scheine relativ gut. Die geklagte Denkstörung und die dissoziativen Phänomene seien einerseits nicht diagnosespezifisch für eine depressiven Störung, zum Anderen seien sie mit den anderen Diagnosen erklärbar. Hier stimme sie nicht mit der behandelnden Psychiaterin überein, welche die Patientin als andauernd mittelschwer depressiv beschreibe. Die Explorandin erfülle überdies die Diagnosekriterien für eine Panikstörung mit langdauernden Panikattacken mehrmals pro Woche. Diese habe sich schon vor Beginn der bipolaren Störung gezeigt. Eine entsprechende Diagnose sei bereits vom Vorgutachter Dr. E. ____ gestellt worden. Die behandelnde Fachärztin stelle keine separate Diagnose, sondern sehe die Paniksymptomatik im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung. Eine posttraumatische Belastungsstörung könne gutachterlich jedoch nicht diagnostiziert werden. Es fehle hierfür an einem nach ICD-10 vorgeschriebenen Trauma von aussergewöhnlicher Schwere. Die Explorandin weise überdies keine sicheren Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung auf,

insbesondere nur selten Albträume und keine Flashbacks. Nach den Kriterien der ICD-11 leide die Versicherte jedoch unter einer dissoziativen Störung mit starken Depersonalisationen und Derealisationen. Die stünden möglicherweise im Zusammenhang mit einer komplexen Traumafolgestörung, wobei der Traumahintergrund insgesamt «schwach» bleibe. Diese Diagnose sei erst später im Verlauf gestellt worden, als sie ab Dezember 2017 über starke Panikattacken geklagt habe mit anfallsweise veränderten Zuständen nach Gewalterfahrungen in der Partnerschaft im Kontext von anzunehmenden negativen Bindungserfahrungen in der Kindheit und einer psychischen Disposition. Es hätten sich damals Dissoziationen, Überflutung der Erinnerung sowie ein starkes Vermeidungsverhalten gefunden. Unter diese Störung seien die körperlichen Verspannungen, häufigen Blockaden, die leichteren formalen und inhaltlichen Denkstörungen, Geiztheit, Dünnhäutigkeit mit Empfindlichkeit gegenüber Lärm und Gerüchen sowie ein gewisses Hyperarousal zu subsumieren. Die Depersonalisationen und Dissoziationen hätten dazu geführt, dass sie die relativ körpernahe Arbeit mit Behinderten, die störungsimmanent die Nähe-Distanzregulation oft nicht beachtetten, immer weniger habe leisten können. Im stationären Bericht der Klinik G. ____ vom 7. September 2009 (IV-Akten Nr. 73) seien Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung oder eine Persönlichkeitsstörung explizit verneint worden. Es sei damit anzunehmen, dass die traumatische Belastung nicht mit dem Tod der Mutter, sondern mit den Gewalterfahrungen in einer Beziehung und Beziehungsproblemen am Arbeitsplatz hervorgebrochen sei.

Die aktuelle psychopharmakologische Behandlungskombination sei sinnvoll. In Anbetracht der Bipolarität sei jedoch auf ein antriebssteigerndes Antidepressivum zu verzichten zugunsten eines SSRI (selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer), welcher auch eine Indikation für Panikstörungen habe. Es sei ausserdem zu überlegen, eine antipsychotische Behandlung zu beginnen. Aktuell stehe die Explorandin auf der Warteliste für eine stationäre Behandlung. Insgesamt sei die bisherige Behandlung über die Jahre leitliniengerecht erfolgt. In Bezug auf die vorhandenen Ressourcen sei festzustellen, dass die Versicherte in der Lage gewesen sei, eine Berufsausbildung abzuschliessen, einer Berufstätigkeit nachzugehen und auch immer wieder stabile Beziehungen – wie aktuell in der Ehe – zu führen. Die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen sei indessen mittelschwer beeinträchtigt. Ebenso seien die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sowie die Kompetenz- und Wissensanwendung geringfügig beeinträchtigt. Mittelschwer bis schwer beeinträchtigt seien die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, die Fähigkeit zur Proaktivität und zu Spontanaktivitäten sowie die Widerstands- und Durchhaltefähigkeit und die Selbstbehauptungsfähigkeit. Die Konversations- und Kontaktfähigkeit zu Dritten sei leicht eingeschränkt, die Gruppenfähigkeit sei in der Vergangenheit intakt gewesen, aktuell scheine sie jedoch mittelschwer beeinträchtigt. Nicht beeinträchtigt seien die Fähigkeit zur Selbstpflege, Selbstversorgung, Mobilität und die Verkehrsfähigkeit.

Die bisherige Arbeitstätigkeit im Rahmen der Behinderten- bzw. Kinderbetreuung sei aktuell nicht mehr möglich. Dies gelte sicher seit Beginn der aktuellen Behandlung Anfang Februar 2020. In der Zeit davor, insbesondere seit 2014 sei der Explorandin ein Pensum von 60% möglich gewesen, was sie jedoch stets an ihre Belastungsgrenze gebracht habe. Es sei der Versicherten zu folgen, dass sie nie vollständig belastbar gewesen sei. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sei seit dem Zeitpunkt der Begutachtung bzw. letztlich seit dem Zeitpunkt der Anmeldung

im März 2021 in einem Pensum von 50% gegeben. Im Zeitraum vom Sommer 2014 bis Dezember 2017 könne von einer 60%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Ab Dezember 2017 habe sich die Arbeitsfähigkeit auf 40% reduziert bis März 2021. Eine angepasste Tätigkeit sei eine Arbeit im Sozialbereich, möglicherweise auch der Ritualgestaltung, mit dosiertem Kundenkontakt und Möglichkeit zu Pausen.

5.4 Gemäss Austrittsbericht der Klinik H.____ vom 21. Juni 2023 betreffend den stationären Aufenthalt vom 23. Mai 2023 bis 3. Juni 2023 habe die Patientin beim Eintritt von psychischen Belastungen einhergehend mit depressiven Symptomen, Ängsten und Panikattacken sowie dissoziativen Zuständen berichtet. Es bestehe keine Tagesstruktur, sie habe sich sozial stark zurückgezogen, meide Einkaufen, ÖV- und Autofahren. Teilweise seien aufgrund der Ängste selbst haushalterische Tätigkeiten nicht möglich, so befürchte sie, beim Wäschewaschen die Nachbarn zu treffen. Sie leide unter Erschöpfungsgefühlen bzw. -zuständen. Es komme wiederkehrend zu selbstverletzendem Verhalten. Die Patientin habe sich im Abteilungsalldag schnell reizüberflutet präsentiert, mit konstant hohem Stressniveau durch die Anwesenheit von anderen Menschen und mit Schwierigkeiten, sich in den Abteilungsalldag zu integrieren. Sie habe ab Eintritt wiederholt eine hohe Ambivalenz geäussert und bereits nach wenigen Tagen einen zeitnahen Austritt gewünscht. Aufgrund der kurzen Behandlungsdauer hätten keine abschliessenden diagnostischen Abklärungen vorgenommen werden können. Anhand des klinischen Eindrucks und der geschilderten Symptomatik könnten die Zuweisungsdiagnosen (bipolare affektive Störung, ICD-10 F 31.1; posttraumatische Belastungsstörung im Sinne einer kPTBS nach ICD-11, ICD-10 F 43.1; dissoziative Störung, ICD-10 F 44.9; Panikstörung, ICD-10 F 41.0) bestätigt werden. Die Behandlung sei vor Therapieabschluss, aber in gegenseitigem Einvernehmen und in stabilisiertem Zustand beendet worden.

5.5 Die behandelnde Fachärztin Dr. med. I.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, äusserte sich mit Schreiben vom 27. Oktober 2027 zum gesundheitlichen Verlauf und nahm zum Gutachten von Prof. C.____ vom 30. Mai 2023 Stellung. Sie diagnostizierte weiterhin eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Symptomatik mit chronifiziertem Verlauf (ICD-10 F 31.3); eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung (ICD-11 6B41 respektive eine posttraumatische Belastungsstörung Typ II ICD-10 F 43.1); eine partielle dissoziative Störung (ICD-11 6B65 respektive eine dissoziative Störung, Konversionsstörung, nicht näher bezeichnet ICD-10 F 44.9) sowie eine Panikstörung (ICD-10 F 41.0). Im Frühjahr 2023 sei es zu einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik mit Anmeldung zur stationären Behandlung gekommen. Die depressive Symptomatik habe sich im Verlauf auf das Vorniveau stabilisiert, wohlgemerkt unter antidepressiver Therapie, ambulantem Setting und kurzzeitiger Hospitalisation. Ihre Beurteilung der Prognose sei unverändert und sie empfehle eine 100%ige Berentung der Patientin. Im Hinblick auf den langjährigen Verlauf mit Zeichen der Chronifizierung trotz adäquater Therapie wäre es zumindest angezeigt, der Versicherten ein Belastbarkeits- bzw. Arbeitstraining anzubieten, um die Arbeitsfähigkeit im geschützten Rahmen zu testen und aufzubauen. Im Hinblick auf die von der IV-Stelle als zumutbar erachtete Tätigkeit als Ritualgestalterin sei festzuhalten, dass es sich dabei nicht um eine Berufsausbildung im eigentlichen Sinne handle und selbst bei guter körperlicher und geistiger Gesundheit auf dem ersten Arbeitsmarkt keine realistische Möglichkeit für ein 50%-Pensum mit adäquatem Einkommen bestehe. In Bezug auf

das Gutachten von Prof. C. ____ nennt Dr. I. ____ verschiedene Fehler bei der Datierung von Arbeitsaufnahmen, Arbeitsunfähigkeiten und Behandlungszeiten. Ferner habe die Gutachterin von Gewalt in der aktuellen Beziehung geschrieben, was nicht den Tatsachen entspreche. Die Verneinung der Diagnose einer kPTBS sei inkorrekt, denn die Patientin berichte immer wieder, dass sie Albträume habe und Intrusionen und Flashbacks erlebe. Auch werde eine erhöhte Aufmerksamkeit und Schreckhaftigkeit beschrieben sowie ein Vermeidungsverhalten in verschiedenen Bereichen gezeigt. Die für die kPTBS erforderlichen weiteren Kriterien seien früheren Berichten zu entnehmen. Eine dissoziative Störung werde von der Gutachterin anerkannt, ohne dass der Verlauf oder die Tatsache, dass sich die Patientin während einer zweistündigen Exploration durchaus wach und präsent zeigen könne, anschliessend jedoch sehr erschöpft sei, berücksichtigt werde. Die Befunde seien zum Teil unvollständig beschrieben worden und es würden im Psycho-Status nach AMDP-Kriterien verschiedene Angaben fehlen. Es sei widersprüchlich, wenn die Gutachterin angebe, die bipolare Störung sei remittiert und gleichzeitig festhalte, die Patientin sei nie vollständig belastbar gewesen. Ausserdem sei nicht einzusehen, wie die bipolare Störung remittiert sein könne und gleichzeitig Vorschläge für eine verbesserte medikamentöse Behandlung gemacht würden. Eine Depression sei ohnehin bloss unter Medikation als remittiert anzusehen. Eine Fremdanamnese beim Ehemann der Patientin hätte unabdingbare Aufschlüsse über die Einschränkungen im Alltag sowie den sozialen Rückzug, die Mühe bei der Alltagsstrukturierung und die grosse Fragilität und Instabilität geben können. Die gutachterliche Beurteilung werde dem Krankheitsbild der Patientin und den sozialmedizinischen Folgerungen daraus nicht ausreichend gerecht.

6.1 Die IV-Stelle stütze sich in der angefochtenen Verfügung vom 21. August 2024 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts vollumfänglich auf die Ausführungen von Prof. C. ____ vom 30. Mai 2023. Sie ging demzufolge davon aus, dass der Versicherten ab dem Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns am 1. September 2021 die Ausübung einer angepassten Tätigkeit zu 50% ohne zusätzliche Leistungsminderung zumutbar sei.

6.2 Wie in Erwägung 4.4 hiervor ausgeführt, ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die 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. Solche Indizien liegen hier trotz der Kritik der Beschwerdeführerin (vgl. nachfolgende Erwägungen) keine vor. Das psychiatrische Gutachten von Prof. C. ____ weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 4.3 hier vor) – für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der aktuellen medizinischen Situation ein und ist in den Schlussfolgerungen überzeugend. Das Gutachten lässt grundsätzlich eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten zu, weshalb die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung der medizinischen Sachlage darauf grundsätzlich abstellen durfte.

6.3 Die Vorbringen der Beschwerdeführerin sind nicht geeignet, dieses Beweisergebnis in Frage zu stellen.

6.3.1 Sie lässt zunächst vorbringen, dass das Gutachten die im Frühjahr 2023 eingetretene Verschlechterung mit anschliessender stationärer Behandlung nicht berücksichtige. Tatsächlich fand die Exploration durch Prof. C.____ bereits am 23. Januar 2023 statt. Indessen ist festzustellen, dass die Gutachterin am 11. Mai 2023 mit Dr. I.____ telefonisch Rücksprache genommen hat. Anlässlich dieses Telefonates hat die behandelnde Psychiaterin augenscheinlich keine Verschlechterung erwähnt, sondern bloss, dass die Patientin zunächst nicht zu einer stationären Therapie bereit gewesen sei, sich eine solche nun aber vorstellen könne und auf der Warteliste der Klinik H.____ stehe. Überdies hat die Beschwerdeführerin den nachfolgenden stationären Aufenthalt am 3. Juni 2023 nach bloss zehn Tagen abgebrochen und ihr Zustand hat sich nach den Angaben von Dr. I.____ anschliessend auf dem Vorniveau wieder stabilisiert. Insgesamt bestehen damit nicht genügende Anhaltspunkte für eine massgebliche und längerdauernde Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes, die im Rahmen einer erneuten Begutachtung zu prüfen wäre.

6.3.2 Sofern die Beschwerdeführerin auf verschiedene Datierungs- und andere Fehler verweist, ist ihr entgegenzuhalten, dass es sich dabei offensichtlich um Flüchtigkeitsfehler handelt, die letztlich keine Auswirkung auf die Ergebnisse und Schlussfolgerungen des Gutachtens haben. Sie sind jedenfalls nicht derart zahlreich oder gravierend, dass dem Gutachten deswegen der Beweiswert abzuspochen wäre. Die Beschwerdeführerin macht indessen auch formelle Fehler geltend, wenn sie unter Hinweis auf die Ausführungen ihrer behandelnden Ärztin vorbringt, dass die Befunderhebung im Rahmen des Psycho-Status nach AMDP-Kriterien unvollständig sei. Gemäss den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten SGPP/SGVP, 3. Auflage, 16. Juni 2016, ist ein ausführlicher klinisch-psychiatrischer Befund obligatorisch, einschliesslich einer Beschreibung vorhandener psychopathologischer Befunde unter Anwendung des AMDP-Systems (S. 10). Gemäss S. 17 der Leitlinien wird zur Befunderhebung das klassische AMDP-System empfohlen. Prof. C.____ hat bei der Begutachtung einen psychopathologischen Befund erhoben und dabei verschiedene AMDP-Kriterien angewendet. Dass sie im Rahmen des Gutachtens nicht zum Vorliegen oder Nichtvorliegen sämtlicher Kriterien Stellung genommen hat, ist weder im Hinblick auf die zitierten Qualitätsleitlinien noch in Bezug auf die von der Rechtsprechung verlangte Vollständigkeit des Gutachtens zu beanstanden.

6.3.3 Die Beschwerdeführerin führt weiter aus, dass es geboten gewesen wäre, bei ihrem Ehemann eine Fremdanamnese zur Frage der Einschränkungen im Alltag einzuholen. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung die klinische Untersuchung in Kenntnis der Anamnese entscheidend. Eine Fremdanamnese und (schriftliche oder mündliche) Auskünfte der behandelnden Arztpersonen sind zwar häufig wünschenswert, aber nicht zwingend erforderlich. Anfragen beim behandelnden Arzt oder bei der behandelnden Ärztin sind u.a. wertvoll, wenn sie erweiterte Auskünfte über Persönlichkeit und Compliance der zu explorierenden versicherten Person erwarten lassen. Die Notwendigkeit der Einholung solcher Fremdanamnesen ist jedoch in erster Linie eine Frage des medizinischen Ermessens (Urteil des Bundesgerichts vom 14. Oktober 2019, 8C_318/2019, E. 4.2.2.1 mit Hinweisen). Vorliegend hat

die Gutachterin bei der behandelnden Ärztin erweiterte Auskünfte zu den geklagten Beschwerden, der Beziehung, dem Verlauf und der Therapie eingeholt. Vorliegend ist nicht ersichtlich und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht substantiiert vorgebracht, welche zusätzlichen Erkenntnisse sich aus einer weiteren Fremdanamnese beim Ehemann ergeben könnten, zumal die Einschränkungen im Alltag von der Gutachterin genügend erfragt wurden.

6.3.4 Unter Hinweis auf die Ausführungen von Dr. I.____ moniert die Beschwerdeführerin sodann die diagnostische Einordnung der Traumafolgesymptomatik bzw. die Verneinung der Diagnose einer (k)PTBS. Prof. C.____ führt unter Hinweis auf die massgeblichen Diagnosekriterien nachvollziehbar und überzeugend aus, dass eine (k)PTBS nicht festgestellt werden könne. Sie schliesst sich hierbei im Wesentlichen der Einschätzung von Dr. E.____ an, der ebenfalls eine PTBS als eigenständige Diagnose verneint hat. Entgegen den Ausführungen der behandelnden Fachärztin hat die Beschwerdeführerin weder bei der Begutachtung durch Dr. E.____ noch bei derjenigen durch Prof. C.____ von Flashbacks und bloss von gelegentlichen Alpträumen berichtet. Die Frage nach der genauen Diagnose kann indessen letztlich offengelassen werden. Wie in Erwägung 3.3 hiervoor ausgeführt, ist eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose zwar für die Annahme eines invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschadens vorausgesetzt. Von ausschlaggebender versicherungsmedizinischer Bedeutung ist indessen – unabhängig von der einzelnen Diagnose – die funktionelle Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Sowohl diese funktionellen Einschränkungen als auch die geklagten Symptome werden von Prof. C.____ durchaus gewürdigt, sie beschreibt die dissoziativen Zustände, das Vermeidungsverhalten, die körperlichen Verspannungen, häufigen Blockaden, die leichteren formalen und inhaltlichen Denkstörungen, die Gereiztheit, Dünnhäutigkeit mit Empfindlichkeit gegenüber Lärm und Gerüchen sowie ein gewisses Hyperarousal bloss im Rahmen der diagnostizierten dissoziativen Störung und die Angstzustände und Panikattacken im Rahmen einer eigenen Diagnose. Im Rahmen der Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen (Gutachten S. 29) findet sich sodann eine Auseinandersetzung mit den Einschränkungen im Einzelfall. Damit fehlt es beim Gutachten von Prof. C.____ weder an einer psychiatrischen, lege artis gestellten Diagnose noch an einer Würdigung der massgeblichen funktionellen Beeinträchtigungen.

6.3.5 Ebenso wenig ist dem Gutachten ein Widerspruch zu entnehmen zwischen der festgestellten Remission der bipolaren Störung einerseits und der attestierten Arbeitsunfähigkeit und der Empfehlung weiterer psychopharmakologischer Behandlungen andererseits. Es kann als gerichtsnotorisch vorausgesetzt werden, dass eine bipolare Störung als solche nicht geheilt, sondern lediglich behandelt werden kann. Als remittiert gilt eine solche Störung, wenn keine akute Manifestation einer Hypomanie oder Depression vorliegt. In solchen Phasen sind im Rahmen der Prävention oder Erhaltung meist weiterhin therapeutische Massnahmen notwendig (vgl. MSD Manual, https://www.msmanuals.com/de/profil/psychiatrische-erkrankungen/affektivstörungen/bipolare-störungen#Diagnose_v47623816_de, abgerufen am 6. Januar 2026). Dass die bipolare Störung auch in Remission zu einer Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit führt, erscheint unter diesem Blickwinkel völlig nachvollziehbar und wird wohl auch von der Beschwerdeführerin nicht ernsthaft bestritten. Der Feststellung von Dr. I.____, wonach die depressive Störung

«bloss» unter Medikation als remittiert angesehen werden könne, ist zu entgegnen, dass versicherungsrechtlich lediglich der zumutbar therapierte Zustand massgeblich ist.

6.3.6 Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, dass die Tätigkeit als Ritualgestalterin nicht zumutbar sei, ist ihr entgegenzuhalten, dass sie selbst im Rahmen der Begutachtung ausgeführt habe, sich diese Tätigkeit «am ehesten» vorstellen zu können. Überdies ist jedoch festzustellen, dass die Gutachterin keineswegs bloss in dieser Tätigkeit, sondern auch in weiteren Tätigkeiten im Sozialbereich, mit dosiertem Kundenkontakt und der Möglichkeit zu Pausen, eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestierte.

6.4 Nach dem Ausgeführten ist festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit zu Recht auf das beweistaugliche Gutachten von Prof. C.____ vom 30. Mai 2023 abgestellt hat. Lässt die vorhandene Aktenlage nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des massgebenden medizinischen Sachverhalts zu, so ist dem Antrag der Beschwerdeführerin, wonach weitere medizinische Abklärungen im Sinne eines Gerichtsgutachtens vorzunehmen seien, nicht stattzugeben. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst zwar das Recht, Beweisanträge zu stellen, und – als Korrelat – die Pflicht der Behörde zur Beweisabnahme. Beweise sind im Rahmen dieses verfassungsmässigen Anspruchs indessen nur über jene Tatsachen abzunehmen, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhaltes ergeben und dieser demnach hinreichend abgeklärt ist, kann auf ein beantragtes Beweismittel verzichtet werden. Die damit verbundene antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (BGE 141 I 64 E. 3.3, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

7.1 Zu prüfen bleibt die Bemessung der Invalidität. Wie eingangs ausgeführt (vgl. E. 3.5 hier- vor), ist der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensver- gleichs zu bestimmen (vgl. Art. 16 ATSG). Die Beschwerdegegnerin hat in ihrer Verfügung vom 21. August 2024 den erforderlichen Einkommensvergleich vorgenommen. Das dabei basierend auf den Angaben des ehemaligen Arbeitgebers ermittelte Valideneinkommen von Fr. 73'348.-- wird von der Beschwerdeführerin – zu Recht – nicht in Frage gestellt.

7.2 Die IV-Stelle stützte sich bei der Ermittlung des Invalideneinkommens auf die Tabelle TA1 ("Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Ge- schlecht, Privater Sektor) der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Sta- tistik (LSE) 2020, Sektor Gesundheits- und Sozialwesen, Kompetenzniveau der Tätigkeit 2, Spalte Frauen. Während die Bemessung des Invalideneinkommens anhand der LSE 2020 unter den Parteien unbestritten ist, bringt die Beschwerdeführerin vor, dass der Sektor Gesundheit ihre tatsächlichen Verdienstmöglichkeiten als Ritualgestalterin nicht korrekt widerspiegeln.

7.2.1 Wie bereits unter Erwägung 6.3.6 hier- vor ausgeführt, ist der Beschwerdeführerin nach beweistauglicher gutachterlicher Einschätzung nicht bloss die Tätigkeit als Ritualgestalterin zu- mutbar. Auch die Beschwerdegegnerin selbst nennt diese Tätigkeit bloss als Beispiel für eine

angepasste Tätigkeit, die grundsätzlich Arbeiten mit dosiertem Kundenkontakt und der Möglichkeit, Pausen zu machen, umfasse. Ob die konkreten Verdienstmöglichkeiten als Ritualgestalterin im Rahmen des LSE-Lohnes genügend abgebildet sind, kann deshalb offengelassen werden, da der Beschwerdeführerin eine Vielzahl anderer Tätigkeiten zumutbar ist.

7.2.2 Indessen ist zu prüfen, ob die Wahl des Kompetenzniveaus 2 korrekt war. Der gutachterlichen Zumutbarkeitsbeurteilung ist zu entnehmen, dass die angestammte Tätigkeit als Behinderten- bzw. Kinderbetreuerin nicht mehr zumutbar ist. Wenn die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität – wie hier – nicht auf den angestammten Beruf zurückgreifen kann, rechtfertigt sich die Anwendung von LSE-Kompetenzniveau 2 praxisgemäss nur dann, wenn sie über besondere Fertigkeiten und Kenntnisse verfügt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2019, 8C_732/2018, E. 8.2.1). Die Beschwerdeführerin verfügt über ein Diplom als Sozialbegleiterin. Aus gesundheitlichen Gründen konnte sie indes die eidgenössische Berufsprüfung nicht absolvieren. Überdies hat sie eine einjährige Weiterbildung als Fachfrau Ritualgestalterin mit Diplom abgeschlossen. Aufgrund der abgeschlossenen Ausbildungen kann zwar angenommen werden, dass die Beschwerdeführerin im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen Kenntnisse und Erfahrungen hat, die eine Beschäftigung in diesen Berufen erleichtern. Jedoch kann nicht ohne Weiteres angenommen werden, dass sie über *besondere* Fertigkeiten und Kenntnisse verfügt, die ihr eine zumutbare Anstellung entsprechend dem Kompetenzniveau 2 ermöglichen würden. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführerin aufgrund des definierten Zumutbarkeitsprofils (eingeschränkter, dosierter Kundenkontakt) gewisse Tätigkeiten im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen nicht oder bloss beschränkt möglich sind. Aus diesen Gründen erscheint die Anwendung des Kompetenzniveaus 2 vorliegend nicht sachgerecht. Abzustellen ist vielmehr auf das Kompetenzniveau 1.

7.2.3 Im Ergebnis ergibt sich nach dem Ausgeführten ein Invalideneinkommen von Fr. 29'386.65 (Fr. 4'700.-- [entsprechend LSE-Tabelle TA1, Sektor Gesundheits- und Sozialwesen, Kompetenzniveau der Tätigkeit 1, Spalte Frauen] angepasst an die Nominallohnentwicklung von 0,2% und eine betriebsübliche Arbeitszeit von 41,6 Wochenstunden x 12 Monate bei einem zumutbaren Pensum von 50%).

7.2.4 Rechtsprechungsgemäss kann über die ärztliche Bezeichnung der massgebenden Zumutbarkeitsbeurteilung hinaus zusätzlichen Einschränkungen mit einem leidensbedingten Abzug bis maximal 25% Rechnung getragen werden (BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2). Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass vom ermittelten Invalideneinkommen bis 31. Dezember 2023 einerseits ein Teilzeitabzug, andererseits ein leidensbedingter Abzug von 25% zu gewähren sei. Der vorliegende Rentenanspruch entstand am 1. September 2021. Wie in Erwägung 1.2 hier vor ausgeführt, sind deshalb die gesetzlichen Bestimmungen in der bis 31. Dezember 2021 geltenden Fassung anwendbar. Die anwendbare Fassung der IVV sah keinen Pauschalabzug für die Teilerwerbsfähigkeit vor, weshalb ein solcher nicht anzuwenden ist. Andere Gründe, die für einen Abzug vom Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 sprechen, werden von der Beschwerdeführerin nicht genannt und sind auch aus den Akten nicht ersichtlich. Namentlich ist der Bedarf nach flexiblen Pausen bereits im Zumutbarkeitsprofil berücksichtigt. Selbst bei einem maximal angemessenen leidensbedingten Abzug von 10% – wofür wie ausgeführt keine Anhaltspunkte

bestehen – würde sich indes keine rentenrelevante Veränderung des Invaliditätsgrades ergeben. Hingegen sind ab 1. Januar 2024 im Rahmen der Einführung des stufenlosen Rentensystems Pauschalabzüge in der Höhe von 20% zu berücksichtigen (vgl. E. 1.2 hiervor; Art. 26^{bis} IVV in der ab 1. Januar 2024 anwendbaren Fassung). Das Invalideneinkommen reduziert sich somit ab 1. Januar 2024 auf Fr. 23'509.30.

7.3 Aus der Gegenüberstellung des Valideneinkommens in der Höhe von Fr. 73'348.-- mit dem Invalideneinkommen in der Höhe von Fr. 29'239.-- respektive Fr. 23'509.30, so resultiert für die Zeit von 1. September 2021 bis 31. Dezember 2023 ein Invaliditätsgrad von 60% und für die Zeit ab 1. Januar 2024 ein solcher von 68%. Die Beschwerdeführerin hat demzufolge für die Zeit vom 1. September 2021 bis 31. Dezember 2023 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung und ab 1. Januar 2024 Anspruch auf eine Rente entsprechend einem IV-Grad von 68%. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

8. Es bleibt über die Kosten zu befinden.

8.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Vorliegend ist die IV-Stelle unterliegende Partei, weshalb ihr die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- aufzuerlegen sind. Der von der Versicherten geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- wird ihr zurückerstattet.

8.2 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. Der Rechtsvertreter der Versicherten wurde mit Verfügung des Kantonsgerichts vom 11. April 2025 aufgefordert, innert unerstreckbarer Frist bis 25. April 2025 seine Honorarnote nach Zeitaufwand einzureichen. Gleichzeitig wurde er darauf hingewiesen, dass das Honorar nach Ermessen festgesetzt werde, falls bis zum genannten Termin keine Honorarnote eingehen sollte. Da der Rechtsvertreter dem Kantonsgericht innert Frist keine Kostennote zukommen liess, ist das Honorar nach Ermessen festzusetzen. Es ist davon auszugehen, dass sich der Aufwand im vorliegenden Beschwerdeverfahren im Wesentlichen aus einem Instruktionsgespräch mit der Mandantin und dem Verfassen der Beschwerde und der Replik zusammensetzt. Hält man sich die erbrachten Bemühungen vor Augen, erscheint es angemessen, diese mit einem Zeitaufwand von insgesamt 10 Stunden zu entschädigen. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxismässig für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von 250 Franken zu entschädigen. Der Beschwerdeführerin ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'702.50 (10 Stunden à Fr. 250.-- inklusive Auslagen, zuzüglich 8,1% Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der Beschwerdeführerin für die Zeit vom 1. September 2021 bis 31. Dezember 2023 eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung und ab 1. Januar 2024 eine Rente entsprechend einem Invaliditätsgrad von 68% zugesprochen wird.

Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteient-schädigung in der Höhe von Fr. 2'702.50 (inklusive 8,1% Mehrwert-steuer) auszurichten.

Gegen diesen Entscheid wurde am 18. Februar 2026 Beschwerde erhoben (siehe nach Vorlie-gen des Urteils: [9C 128/2026](#))