



Urteil vom 22. Januar 2026

mitgeteilt am 23. Januar 2026

Referenz SV1 25 10

Instanz Erste sozialversicherungsrechtliche Kammer

Besetzung Righetti, Vorsitz
Pedretti und von Salis
Zanolari Hasse, Aktuarin

Parteien **A.** _____
Beschwerdeführerin
vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Stephanie Schwarz

gegen

Sozialversicherungsanstalt des Kantons Graubünden
IV-Stelle, Ottostrasse 24, 7001 E. _____
Beschwerdegegner

Gegenstand Invalidenrente

Sachverhalt

A. A._____, Jahrgang 1972, Mutter von drei erwachsenen Kindern, absolvierte nach der obligatorischen Schulzeit eine Technologieschule und reiste im Oktober 2014 von N._____ kommend zu ihrem Ehemann in die Schweiz ein. Sie war zuletzt vom 1. September 2020 bis 31. August 2022 als Betriebsangestellte (Raumpflegerin, Wäscherin, Büglerin) im Seniorenzentrum B._____, C._____, in einem 80 % Pensum angestellt sowie seit 2018 bis Februar 2022 als Raumpflegerin in einem Privathaushalt in einem Pensum von vier Stunden pro Woche tätig.

B. Ab dem 2. Februar 2022 wurde A._____ aufgrund einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert.

C. Anfang Mai 2022 meldete sich A._____ erstmalig bei der IV-Stelle des Kantons Graubünden (nachfolgend: IV-Stelle) zum Bezug von Leistungen (berufliche Integration/Rente) an. In der Folge klärte die IV-Stelle den Sachverhalt ab und holte verschiedene Unterlagen ein. Die Integrationsmassnahmen wurden am 27. Juni 2022 aufgrund einer gesundheitlich instabilen Situation abgeschlossen.

D. A._____ wurde vom 21. September 2022 bis zum 3. November 2022 im Rahmen einer fürsorgerischen Unterbringung und ein weiteres Mal vom 16. März 2023 bis zum 11. Mai 2023 in die psychiatrische Klinik D._____ in E._____ zur stationären Behandlung eingewiesen. Während des Klinikaufenthalts nahm sie in suizidaler Absicht eine Überdosis Amitriptylin ein. Infolge der Intoxikation sowie einer Covid-Infektion wurde sie ins F._____, E._____, überwiesen. Nach dem Klinikaustritt wurde sie durch Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ambulant weiter behandelt.

E. In der Folge beauftragte die IV-Stelle am 28. Februar 2024 die GA eines AG mit einer bidisziplinären Begutachtung (Psychiatrie/Rheumatologie), welche am 10. Juni 2024 erstattet wurde. Der Konsensbeurteilung lässt sich gesamthaft (psychisch und somatisch) eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab April 2024 entnehmen.

F. Mit Vorbescheid vom 15. August 2024 stellte die IV-Stelle in Aussicht, vom 1. Februar 2023 (Ablauf des Wartejahrs) bis zum 30. Juni 2024 eine ganze Invalidenrente sowie ab dem 1. Juli 2024 (resp. nach Ablauf der dreimonatigen Wartefrist ab dem 1. April 2024) eine Invalidenrente von 50 % einer ganzen Invalidenrente auszurichten. Dagegen erhob A._____ am 22. August 2024 Einwand und Dr. med. G._____ reichte dazu am 6. September 2024 seinen Bericht ein. In

der Folge legte die IV-Stelle diesen Bericht am 29. September 2024 den Gutachtern sowie der Ärztin des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) zur Stellungnahme vor.

G. Mit Verfügungen vom 29. Januar 2025 hielt die IV-Stelle gestützt auf die Ergänzung des Gutachtens vom 9. November 2024 sowie die Einschätzung der RAD-Ärztin vom 26. September 2024/2. Dezember 2024 an ihren Vorbescheid fest. Zur Begründung hielt sie fest, dass die Ausführungen von Dr. med. G._____ vom 6. September 2024 bereits bei der Begutachtung bekannt gewesen seien. Bei diesen Ausführungen handle es sich gegenüber der Beurteilung der Gutachter um eine andere Beurteilung eines ähnlichen Gesundheitszustandes. Gemäss dem ausführlichen Gutachten sei die angestammte Tätigkeit als Raumpflegerin ab April 2024 in einem Pensum von 50 % zumutbar. Gestützt auf das bisher erzielte Einkommen resultiere ein Valideneinkommen von CHF 67'777.00 und bei einem 50 % Pensum ein Invalideneinkommen von CHF 33'888.50 pro Jahr. Bei einer ebenso hohen Erwerbseinbusse betrage der Invaliditätsgrad ab April 2024 50 %. Unter Berücksichtigung der dreimonatigen Wartefrist für die Herabsetzung der Rente bestehe ab Juli 2024 ein Anspruch auf eine Rente von 50 % einer ganzen Rente.

H. Dagegen liess A._____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 25. Februar 2025 Beschwerde beim Obergericht des Kantons Graubünden erheben und stellte folgende Rechtsbegehren:

- 1. Die Verfügungen der IV-Stelle Graubünden vom 29. Januar 2025 seien zu ändern und der Beschwerdeführerin sei auch mit Wirkung ab April 2024 weiterhin eine ganze Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen.*
- 2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.*

Im Wesentlichen kritisierte die Beschwerdeführerin, dass sich das Gutachten der GA eins AG auf die zwei Fachrichtungen Psychiatrie und Rheumatologie beschränke und dass sich die nicht fachkompetenten Gutachter auch nicht mit der Beurteilung des Post-Covid-Syndroms auseinandergesetzt hätten. Dieses Beschwerdebild würde weitere Abklärungen bezüglich des ab April 2024 bestehenden Gesundheitszustandes erfordern. Zudem könne die Konsensbeurteilung, dass der aus rheumatologischer Sicht erhöhte Pausenbedarf nicht mit der aus psychiatrischer Sicht bestehenden 50%igen Arbeitsfähigkeit kumuliert werden könne, nicht nachvollzogen werden. Bei der Berechnung des Invalideneinkommens könne nicht vom hälftigen Einkommen eines 100 %-Pensums ausgegangen werden; dieses sei zudem aufgrund des Stellenverlusts mittels der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) und

unter Berücksichtigung eines 20%igen Abzugs zu ermitteln. Des Weiteren resultiere ein höheres Valideneinkommen, welches auf ein 100 %-Pensum hochzurechnen sei.

I. Am 27. Februar 2025 ersuchte die Beschwerdeführerin, die Verfahrenssprache auf Deutsch zu ändern. In ihrem Fristerstreckungsgesuch vom 18. März 2025 erklärte sich die IV-Stelle damit einverstanden, das Beschwerdeverfahren in deutscher Sprache zu führen, woraufhin der Instruktionsrichter mit prozessleitender Verfügung vom 24. März 2025 dem Antrag auf Änderung der Verfahrenssprache ausnahmsweise entsprach.

J. Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) schloss in ihrer Vernehmlassung vom 27. März 2025 auf Abweisung der Beschwerde und nahm in ablehnender Weise zu den Vorbringen der Beschwerdeführerin Stellung.

K. Am 11. April 2025 reichte die Beschwerdeführerin eine Stellungnahme des behandelnden Psychiaters Dr. med. G. _____ vom 11. April 2025 ein.

L. Mit Eingabe vom 17. April 2025 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf die Einreichung einer Duplik und verwies auf die angefochtenen Verfügungen sowie auf ihre Vernehmlassung vom 27. März 2025.

Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften, die angefochtenen Verfügungen sowie die übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1. Nach Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG sind Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle anfechtbar. Die Verfügungen der Beschwerdegegnerin vom 29. Januar 2025 stellen eine solche anfechtbare Verfügung der Invalidenversicherung und folglich ein taugliches Anfechtungsobjekt für ein Verfahren vor dem Obergericht des Kantons Graubünden dar. Die sachliche Zuständigkeit des Obergerichts ergibt sich aus Art. 57 ATSG (SR 830.1) i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a VRG (BR 370.100). Als Adressatin der strittigen Verfügungen ist die Beschwerdeführerin davon berührt und sie weist ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung auf (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 59 ATSG). Die Beschwerde wurde zudem frist- und formgerecht eingereicht (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 60 Abs. 1 und 2 ATSG, Art. 38 f. sowie Art. 61 lit. b ATSG). Darauf ist somit einzutreten.

2. Vorliegend ist unbestritten, dass das Wartejahr (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) per 2. Februar 2022 beginnt und die Beschwerdeführerin vom 1. Februar 2023 bis zum 30. Juni 2024 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat (vgl. act. B.2). Streitig ist, ob sie auch über den 1. Juli 2024 hinaus einen solchen Anspruch hat oder ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf eine ab April 2024 bestehende 50%ige Arbeitsfähigkeit bzw. einen Invaliditätsgrad von 50 % abgestellt hat und ihr mit Ablauf der dreimonatigen Wartefrist gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ab dem 1. Juli 2024 eine Rente von 50 % einer ganzen Rente zugesprochen hat (vgl. act. B.1). Des Weiteren ist die Bemessung und Berechnung des Valideneinkommens als auch des Invalideneinkommens streitig, während die Anwendung der allgemeinen Methode unbestritten ist. Zu beachten ist dabei, dass die Beschwerdeführerin im Hauptbegehren nicht die Rückweisung der Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zur Ergänzung des aus ihrer Sicht ungenügend abgeklärten Sachverhalts beantragt, sondern die Zusprechung einer unbefristeten ganzen Invalidenrente. Mit anderen Worten ist nach Ansicht der Beschwerdeführerin im Gutheissungsfall nicht kassatorisch, sondern reformatorisch zu entscheiden, die angefochtenen Verfügungen aufzuheben und an ihrer statt eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Gemäss Art. 61 lit. d ATSG ist das Versicherungsgericht nicht an die Parteibegehren gebunden und kann einer Partei auch mehr zusprechen, als sie verlangt. Zu prüfen ist somit die Höhe des Anspruchs auf eine Invalidenrente ab dem 1. Juli 2024.

3. In Bezug auf das anwendbare Recht ist festzuhalten, dass seit dem 1. Januar 2022 die revidierten Bestimmungen des IVG (sowie des ATSG) und der IVV (SR 831.201) in Kraft sind (Weiterentwicklung der IV). Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (statt vieler: BGE 150 V 323 E. 4.1 f., 148 V 174 E. 4.1, 146 V 364 E. 7.1 und 144 V 210 E. 4.3.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_516/2024 vom 25. Februar 2025 E. 2.1), die angefochtene Verfügung nach dem Inkrafttreten der Gesetzesänderungen vom 19. Juni 2020 datiert und der hier umstrittene Rentenanspruch seine Begründung frühestens ab dem 1. Februar 2023 findet (vgl. Art. 29 Abs. 3 IVG), sind die ab dem 1. Januar 2022 geltenden Normen anwendbar (vgl. Übergangsbestimmungen des IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020 und Übergangsbestimmungen der IVV zur Änderung vom 3. November 2021; siehe ferner Rz. 9100 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022 [Stand: 1. Januar 2025;

<https://sozialversicherungen.admin.ch/de/d/18452>, letztmals besucht am 18. Dezember 2025]).

4. In formeller Hinsicht ist überdies auf die von der Beschwerdeführerin gerügte Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör einzugehen. Dabei bringt sie im Wesentlichen vor, es sei ihr nicht möglich gewesen, bezüglich der Ergänzungsfragen an die Gutachter vom 29. September 2024 [recte: 27. September 2024] (IV-act. 129) und deren Antwort vom 9. November 2024 (IV-act. 139) Stellung zu nehmen, weshalb ihr rechtliches Gehör nicht gewahrt worden sei (Beschwerde S. 4 Ziff. II.1.c [act. A.1])

4.1.1. Der Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV) umfasst als Mitwirkungsrecht all jene Befugnisse, die einem Betroffenen einzuräumen sind, damit er seinen Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (vgl. BGE 144 II 427 E. 3.1 und 135 II 286 E. 5.1). Daraus folgt das Recht auf Einsicht in die Akten (vgl. BGE 144 II 427 E. 3.1 und 132 II 485 E. 3.1), sich vor Erlass eines in seine Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern sowie der Anspruch auf Abnahme der rechtzeitig und formrichtig angebotenen rechtserheblichen Beweismittel (vgl. BGE 144 II 427 E. 3.1 und 140 I 99 E. 3.4). Die Behörde hat die Vorbringen der vom Entscheid in ihrer Rechtsstellung Betroffenen tatsächlich zu hören, zu prüfen und in der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen (vgl. BGE 146 II 335 E. 5.1 und 136 I 229 E. 5.2). Ein vorgängiges Anhörungsrecht besteht ferner, wenn der Entscheid mit einem Rechtsgrund begründet werden soll, der nicht bereits angerufen worden ist und mit dessen Erheblichkeit vernünftigerweise nicht gerechnet werden musste (vgl. BGE 130 III 35 E. 5; Urteile des Bundesgerichts 4A_575/2022 vom 7. August 2023 E. 5.2 [nicht publ. in BGE 149 III 431] und 1C_543/2021 vom 15. August 2022 E. 4.1.1).

4.1.2. Der Anspruch auf rechtliches Gehör ist formeller Natur, mithin führt eine Verletzung des Gehörsanspruchs, ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst, grundsätzlich zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids (BGE 149 I 91 E. 3.2, 148 IV 22 E. 5.5.2, 144 I 11 E. 5.3, 142 II 218 E. 2.8.1 und 137 I 195 E. 2.2). Dies aber unter dem Vorbehalt, dass der Mangel nicht im Beschwerdeverfahren geheilt werden kann. Nach der Rechtsprechung kann von einer Aufhebung eines angefochtenen Entscheids und einer Rückweisung an die untere Instanz wegen Verletzung des rechtlichen Gehörs nämlich dann abgesehen werden, wenn diese nicht besonders schwer wiegt und die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz mit voller Überprüfungsbefugnis zu äussern. Von einer Rückweisung an die Vorinstanz ist zudem (im Sinne einer Heilung des Mangels) – selbst bei einer schwerwiegenden

Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör – abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem Interesse der Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (vgl. statt vieler: BGE 150 I 174 E. 4.4, 142 II 218 E. 2.8.1 m.w.H.; Urteile des Bundesgerichts 8C_28/2025 vom 7. Juli 2025 E. 4.2, 8C_24/2024 vom 23. Dezember 2024 E. 2.3, 9C_608/2023 vom 27. Mai 2024 E. 3.2.2).

4.2. Die Beschwerdegegnerin hat aufgrund der im Rahmen des Einwands eingereichten medizinischen Einwandbegründung von Dr. med. G._____ vom 6. September 2024 (IV-act. 127) diese sowohl der RAD-Ärztin als auch den Gutachtern vorgelegt. Die hernach erstatteten Stellungnahmen vom 26. September 2024/2. Dezember 2024 (Case Report [IV-act. 175 S. 29]) und vom 9. November 2024 (IV-act. 139) wurden unbestrittenermassen zu den Akten genommen und die Beschwerdegegnerin nahm darauf in ihrer ablehnenden Entscheidbegründung Bezug (vgl. IV-act. 143 S. 2 in fine). Dieser Rechtsgrund wurde nicht bereits im Vorbescheid vom 15. August 2024 (IV-act. 115) angerufen und mit dessen Erheblichkeit musste die Beschwerdeführerin nicht rechnen. Zum Beweisergebnis konnte sie sich vor Erlass der angefochtenen Verfügungen jedenfalls nicht mehr äussern. Da die angefochtenen Verfügungen nicht durch Einsprache anfechtbar sind, durfte die verfügende Behörde nicht von einer Anhörung absehen (Art. 42 Satz 2 ATSG e contrario). Die Gehörsverletzung kann somit nicht von der Hand gewiesen werden. Aufgrund der einlässlichen Ausführungen der Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde vom 25. Februar 2025 (act. A.1) und in der Eingabe vom 11. April 2025 (act. A.4), mit welcher sie zudem eine Stellungnahme von Dr. med. G._____ vom 11. April 2025 (act. B.3) beibrachte, sowie der Stellungnahme der Beschwerdegegnerin in ihrer Vernehmlassung vom 27. März 2025 (act. A.3) erwiese sich eine Rückweisung indes als formalistischer Leerlauf. Da sich die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin im vorliegenden Beschwerdeverfahren zur Beurteilung der RAD-Ärztin vom 26. September 2024/2. Dezember 2024 (Case Report [IV-act. 175 S. 29]) sowie zur Stellungnahme der Gutachter vom 9. November 2024 (IV-act. 139) umfassend hätte äussern können – wovon sie jedoch trotz im vorangegangenen Verfahren gewährter Akteneinsicht (vgl. IV-act. 170) nicht Gebrauch gemacht hat – und das streitberufene Gericht über volle Kognition zur Überprüfung des Sachverhalts und der Rechtsfragen verfügt (vgl. Art. 61 lit. c ATSG), ist ohne Weiteres von einer Heilung der Gehörsverletzung auszugehen.

5.1. Im Allgemeinen setzt der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung unter anderem voraus, dass die versicherte Person invalid oder von Invalidität unmittelbar bedroht ist. Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (vgl. ferner Art. 4 IVG). 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 ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Art. 7 Abs. 2 Satz 1 ATSG).

5.2. Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach diesen Bestimmungen ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 418 E. 6 und 8.1, 143 V 409 E. 4.5.2 sowie 141 V 281 E. 2.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_660/2022 vom 25. Mai 2023 E. 5.2). Die Diagnose muss lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützt sein (vgl. BGE 140 IV 49 E. 2.4.1 mit Hinweis auf ICD [Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme; von der Weltgesundheitsorganisation {WHO} herausgegeben und weltweit anerkannt] oder DSM [Diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen; Klassifikationssystem der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung]; ferner BGE 136 V 279 E. 3.2.1, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 396 E. 6.6.2 und 6.3; Urteile des Bundesgerichts 8C_13/2024 vom 9. September 2024 E. 6.3, 9C_813/2018 vom 13. Februar 2019 E. 4.3.1, 8C_909/2017 vom 26. Juni 2018 E. 8 und 9C_393/2017 vom 20. September 2017 E. 5.3.1). Die Annahme einer Invalidität bedingt rechtsprechungsgemäss in jedem Fall ein medizinisches Substrat, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat. Wo der Gutachter im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen

aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (vgl. BGE 145 V 215 E. 6.3, 139 V 547 E. 5.2, 136 V 279 E. 3.2.1 und 127 V 294 E. 5a; Urteile des Bundesgerichts 8C_481/2024 vom 4. März 2025 E. 5.2.1, 9C_468/2021 vom 13. Dezember 2021 E. 2.2.2, 8C_415/2021 vom 13. Oktober 2021 E. 4.1, 9C_311/2021 vom 23. September 2021 E. 4.2; vgl. zum Ganzen MEIER, in: Kieser/Kradolfer/Lendfers [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 5. Aufl. 2024, Art. 7 N. 20 ff.).

5.3.1. Die Bemessung des Invaliditätsgrades wird in Art. 28a IVG geregelt. Diese richtet sich bei erwerbstätigen Versicherten nach Art. 16 ATSG, wobei der Bundesrat die zur Bemessung des Invaliditätsgrads massgebenden Erwerbseinkommen sowie die anwendbaren Korrekturfaktoren umschreibt. Mithin ist in diesem Fall ein Einkommensvergleich vorzunehmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen bzw. Einkommen mit Invalidität), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen bzw. Einkommen ohne Invalidität). Gemäss Art. 25 Abs. 2 IVV sind die massgebenden Erwerbseinkommen nach Art. 16 ATSG in Bezug auf den gleichen Zeitraum festzusetzen und richten sich nach dem Arbeitsmarkt in der Schweiz. Soweit für die Bestimmung der massgebenden Erwerbseinkommen statistische Werte herangezogen werden, sind die Zentralwerte der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamts für Statistik massgebend. Andere statistische Werte können beigezogen werden, sofern das Einkommen im Einzelfall nicht in der LSE abgebildet ist. Es sind altersunabhängige und geschlechtsspezifische Werte zu verwenden (Art. 25 Abs. 3 IVV). Die statistischen Werte sind an die betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen und an die Nominallohnentwicklung anzupassen (Art. 25 Abs. 4 IVV).

5.3.2. Nach Art. 26 Abs. 1 Satz 1 IVV bestimmt sich das Einkommen ohne Invalidität (sog. Valideneinkommen) anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens. Hinsichtlich der Bestimmung des Einkommens mit Invalidität (sog. Invalideneinkommen) sieht Art. 26^{bis} Abs. 1 IVV was folgt vor: Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen, so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität (Art. 16 ATSG) angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in

Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bestmöglich verwertet. Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten nach Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt (Art. 26^{bis} Abs. 2 Satz 1 IVV). Vom statistisch bestimmten Wert werden pauschal 10 Prozent abgezogen (Art. 26^{bis} Abs. 3 Satz 1 IVV [in der seit 1. Januar 2024 gültigen Fassung]). Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit von 50 % oder weniger tätig sein, beträgt der Abzug 20 % (Satz 2). Weitere Abzüge sind nicht zulässig (Satz 3).

5.4. Ein rentenbegründender Invaliditätsgrad liegt gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG vor, wenn eine versicherte Person ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern kann (lit. a), während mindestens eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen ist (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) ist (lit. c). Nach Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 % bis 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 Invaliditätsgrad unter 50 % gelten die folgenden prozentualen Anteile (Art. 28b Abs. 4 IVG):

Invaliditätsgrad	Prozentualer Anteil
49 %	47.5 %
48 %	45 %
47 %	42.5 %
46 %	40 %
45 %	37.5 %
44 %	35 %
43 %	32.5 %
42 %	30 %
41 %	27.5 %
40 %	25 %

6. Vorliegend verneint die Beschwerdegegnerin in den angefochtenen Verfügungen einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente ab Juli 2024, da der Beschwerdeführerin ab April 2024 die Ausübung der angestammten Tätigkeit als Raumpflegerin resp. einer adaptierten Tätigkeit im Umfang von jeweils 50 % zumutbar sei. Dabei stützt sie sich insbesondere auf das bidisziplinäre Gutachten

der GA eins AG vom 10. Juni 2024 samt ergänzender Stellungnahme vom 9. November 2024 ab (vgl. IV-act. 105 und 139).

6.1. Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und 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 Fachpersonen zur Verfügung stellen. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben. Dies bedeutet in erster Linie, mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchungen unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, das heisst sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet, bzw. sie nimmt dazu Stellung, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Insoweit sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 145 V 361 E. 3.2.1 f., 140 V 193 E. 3.1 f. und 132 V 93 E. 4; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_569/2021 vom 2. Februar 2022 E. 3.2.2, 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.4 und 8C_47/2021 vom 18. März 2021 E. 5.2.3).

6.2. Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, 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 (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.2 und 125 V 351 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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 (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 und 125 V 351 E. 3a; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_458/2024 vom 2. Mai 2025 E. 2.3.2, 8C_380/2021 vom 21. Dezember 2021 E. 3.2, 8C_173/2021 vom 25. Oktober 2021 E. 4.1, 8C_101/2021 vom 25. Juni 2021 E. 5.1, 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2 und 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.4).

6.3. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a und 122 V 157 E. 1c). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens (nach Art. 44 ATSG) eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4 und 125 V 351 E. 3b/bb; siehe auch Urteile des Bundesgerichts 8C_92/2025 vom 29. Oktober 2025 E. 5.1, 8C_458/2024 vom 2. Mai 2025 E. 2.3.2, 9C_290/2022 vom 11. Januar 2023 E. 3, 8C_166/2022 vom 13. Oktober 2022 E. 4.1.1, 8C_213/2022 vom 4. August 2022 E. 2.3 und 8C_84/2022 vom 19. Mai 2022 E. 2.2). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht auch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 und 125 V 351 E. 3b/cc). Insbesondere lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten (vgl. dazu BGE 124 I 170 E. 4) andererseits nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen oder Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben immerhin die Fälle, in denen sich eine vom (amtlichen) Gutachten abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte wichtige – nicht rein der subjektiven Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 f.; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_317/2024 vom 22. Januar 2025 E. 6.2, 8C_350/2023 vom 5. Juni 2024 E. 4, 8C_502/2022 vom

17. April 2023 E. 5.1, 8C_80/2022 vom 4. Mai 2022 E. 4 und 8C_787/2021 vom 23. März 2022 E. 11.2.2).

7. Im Folgenden ist somit zu prüfen, ob konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens der GA eins AG vom 10. Juni 2024 samt ergänzender Stellungnahme vom 9. November 2024 sprechen bzw. diese von der übrigen medizinischen Aktenlage in Zweifel gezogen werden. Während die Beschwerdegegnerin das Gutachten im Ergebnis für beweismässig erachtet (vgl. IV-act. 143 und act. A.3 S. 2 f.), ist die Beschwerdeführerin der Ansicht, aufgrund diverser Mängel sei das Gutachten ungenügend und es seien weitere Abklärungen nötig. Bezüglich des Zeitraums ab Frühjahr 2024 könne auf die Abklärungsergebnisse des behandelnden Arztes Dr. med. G._____ abgestellt werden (vgl. act. A.1 S. 4 f. und act. A.4).

7.1. Im Sozialversicherungsrecht gilt grundsätzlich der Untersuchungsgrundsatz, wobei die Auskunfts- und Mitwirkungspflicht der Leistungen beanspruchenden Person zu berücksichtigen ist. Die Behörde hat, wo notwendig, den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, ohne dabei an die Anträge der Parteien gebunden zu sein (vgl. Art. 43 Abs. 1 und 3 ATSG; WIEDERKEHR, in: Kieser/Kradolfer/Lendfers [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 5. Aufl 2024, Art. 43 N. 14 ff). Die Untersuchungspflicht gilt sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch grundsätzlich im kantonalen Gerichtsverfahren (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Die Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Wenn der Versicherungsträger oder das kantonale Sozialversicherungsgericht im Rahmen einer umfassenden, sorgfältigen, objektiven und inhaltsbezogenen Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt überwiegend wahrscheinlich sei, steht dies einer antizipierten Beweiswürdigung nicht entgegen. Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. BGE 146 V 240 E. 8.1 f.; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_594/2024 vom 20. Juni 2025 E. 4.1, 9C_138/2024 vom 3. Juli 2024 E. 4.4 und 9C_484/2022 vom 11. Januar 2023 E. 4.2). Kommt die Verwaltung ihrer Abklärungspflicht nicht oder nicht genügend nach, kann die Sache aus diesem Grund an sie zurückgewiesen werden (vgl. BGE 132 V 368 E. 5).

7.2. Die Feststellung einer invalidisierenden Gesundheitsbeeinträchtigung erfolgt bei somatoformen Schmerzstörungen (BGE 141 V 281) wie auch bei sämtlichen

psychischen Störungen (BGE 143 V 409 und 418) nach Vorliegen einer ärztlichen Diagnosestellung anhand eines strukturierten Beweisverfahrens anhand der sogenannten Standardindikatoren. Mit BGE 145 V 215 hat das Bundesgericht diese Rechtsprechung auf fachärztlich diagnostizierte primäre Abhängigkeitssyndrome ausgedehnt. Im strukturierten Beweisverfahren ist der Nachweis des funktionellen Schweregrades und der Konsistenz der Gesundheitsschädigung unter Verwendung sogenannter Indikatoren zu erbringen (vgl. KSIR, Stand 1. Januar 2025, Rz. 1105). Die Kategorie *"funktioneller Schweregrad"* umfasst den Komplex *"Gesundheitsschädigung"* (mit den Indikatoren *"Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde"*, *"Behandlungserfolg oder -resistenz"*, *"Eingliederungserfolg oder -resistenz"* und *"Komorbiditäten"*), den Komplex *"Persönlichkeit"* (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) und den Komplex *"Sozialer Kontext"*. Die Kategorie *"Konsistenz"* (Gesichtspunkte des Verhaltens) umfasst die Komplexe *"Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen"* und *"Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck"* (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1.3; KSIR, Rz. 1105 bzw. Anhang I [des KSIR]). Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist (vgl. BGE 145 V 215 E. 7, BGE 143 V 418 E. 7.1; vgl. dazu auch Urteile des Bundesgerichts 8C_560/2023 vom 18. Januar 2024 E. 7.4.2, 9C_38/2022 vom 24. Mai 2022 E. 4.6, 9C_587/2021 vom 31. Januar 2022 E. 4.1 und 9C_197/2018 vom 5. Juni 2018 E. 7). Die Frage der Notwendigkeit in diesem Sinne beurteilt sich nach dem konkreten Beweisbedarf. Ein strukturiertes Beweisverfahren bleibt etwa dann entbehrlich, wenn für eine – länger dauernde (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) – Arbeitsunfähigkeit nach bestehender Aktenlage keine Hinweise bestehen oder eine solche im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (vgl. BGE 145 V 215 E. 7, 143 V 409 E. 4.5.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_443/2023 vom 28. Februar 2025 E. 4).

8.1. Soweit die Beschwerdeführerin vorab in formeller Hinsicht rügt, die Gutachter hätten trotz der Begutachtung Ende April 2024 über keine aktuelleren Unterlagen als den Bericht von Dr. med. G._____ vom 20. November 2023 verfügt und entsprechend eine aktuelle Fremdanamnese beim behandelnden Psychiater oder auch bei Familienangehörigen einholen müssen, anstatt auf S. 23 des Gutachtens in Ziffer 5 lediglich auf die Akten zu verweisen (vgl. act. A1 S. 4 Ziff. II.1.a), kann ihr nicht gefolgt werden.

8.1.1. Mit Blick auf die allgemeinen Beweisanforderungen (vgl. Erwägungen 6.1. ff. hiervor) ist festzustellen, dass das Gutachten der GA eins AG vom 10. Juni 2024 samt ergänzender Stellungnahme vom 9. November 2024 grundsätzlich in Kenntnis aller Akten (vgl. IV-act. 105 S. 15 ff., S. 19 und S. 30) sowie der von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden und dem Krankheitsverlauf ergangen ist (vgl. IV-act. 105 S. 8, S. 19 ff., S. 23 ff., S. 30 ff. und S. 34 ff.). Die jeweiligen Teilgutachten in den Fachrichtungen Psychiatrie und Rheumatologie der Gutachter der GA eins AG, Dr. med. H._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. I._____, FMH Rheumatologie, basieren auf eigenen klinischen, testologischen und laborchemischen Untersuchungen am 24. April 2024 (vgl. IV-act. 105 S. 19 ff., S. 30 ff., S. 42 ff.), die in italienischer Sprache durchgeführt wurden, unter Anwesenheit einer Dolmetscherin (IV-act. 105 S. 19 und S. 23) bzw. durch den Gutachter selbst (IV-act. 105 S. 30 und S. 32).

8.1.2. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung grundsätzlich die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_560/2023 vom 18. Januar 2024 E. 7.3, 8C_130/2023 vom 8. August 2023 E. 4.4.4, 8C_663/2021 vom 9. Februar 2022 E. 5.6.5, 9C_728/2018 vom 21. März 2019 E. 3.3, je m.w.H.). Eine Fremdanamnese oder eine Rückfrage bei den behandelnden Ärzten ist häufig wünschenswert, jedoch nicht zwingend erforderlich (Urteil des Bundesgerichts 9C_482/2010 vom 21. September 2010 E. 4.1 m.w.H.). Gleichwohl kann sie wertvoll sein, wenn erweiterte Auskünfte über die Persönlichkeit und die Compliance der zu explorierenden Person zu erwarten sind. In erster Linie liegt es im Ermessen des Gutachters, über die Notwendigkeit der Einholung solcher Fremdanamnesen zu befinden (Urteile des Bundesgerichts 8C_318/2024 vom 23. Januar 2025 E. 4.1.2, 8C_73/2023 vom 28. Juni 2023 E. 10.2.1, 8C_150/2022 vom 7. November 2022 E. 11.2.1 und 8C_318/2019 vom 14. Oktober 2019 E. 4.2.2.1 m.w.H. sowie mit dem Hinweis auf die Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie [SGPP] vom 16. Juni 2016, abrufbar unter [www.psychiatrie.ch>Fachleute und Kommissionen>Leitlinien](http://www.psychiatrie.ch/Fachleute%20und%20Kommissionen/Leitlinien), letztmals besucht am 18. Dezember 2025).

8.1.3. Dem psychiatrischen Teilgutachten des Gutachters Dr. med. H._____ ist bezüglich Compliance zu entnehmen, dass nach stationärer Behandlung eine ambulante psychiatrische-psychotherapeutische Therapie bestehe. Bezüglich der antidepressiven Medikation befinde sich der Medikamentenspiegel des

Antidepressivums Sertralin deutlich über und jener des Antidepressivums Remeron (Mirtazapin) deutlich unter dem therapeutischen Bereich. Die therapeutischen Möglichkeiten seien prinzipiell nicht ausgeschöpft; insbesondere bei einer persistierenden depressiven Symptomatik unter ausreichender antidepressiver Medikation wäre auch eine Augmentationstherapie mit einem atypischen Neuroleptikum oder einem antisuizidal wirkenden Lithium hilfreich (IV-act. 105 S. 25). Obwohl die Beschwerdeführerin anlässlich der rheumatologischen Untersuchung angegeben habe, unter starken Schmerzen zu leiden und deswegen zwei- bis dreimal täglich Dafalgan (Paracetamol) oder alternativ Spiralgin (Mefenaminsäure) einzunehmen (vgl. IV-act. 105 S. 32), seien die Medikamentenspiegel deutlich tief bzw. kaum nachweisbar gewesen (IV-act. 105 S. 25, S. 43). Vor diesem Hintergrund ist nicht ersichtlich, inwiefern der Gutachter aufgrund seiner eigenen Untersuchungsergebnisse sowie der Untersuchungsergebnisse des rheumatologischen Teilgutachtens gehalten gewesen wäre, bezüglich Compliance weitere Auskünfte bei den behandelnden Ärzten einzuholen. Die anlässlich der gutachterlichen Untersuchung durch den Rheumatologen klinisch befundeten Hämatome, welche die Beschwerdeführerin eigenen Angaben zufolge sich selbst drei bis vier Wochen vor der Untersuchung zugefügt habe (vgl. IV-act. 105 S. 32 und S. 34), liessen die Gutachter auf eine Selbstverletzung und in diagnostischer Hinsicht auf eine artifizielle Störung schliessen (vgl. IV-act. 105 S. 25). Ein ähnlicher klinischer Befund lässt sich weder aus den vorherigen noch aus den später beigebrachten Berichten des behandelnden Psychiaters Dr. med. G._____ entnehmen, weshalb eine Fremdanamnese wohl kaum mehr Erkenntnisse über die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin geliefert hätte, als die Gutachter selbst in ihrer klinischen Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung erheben konnten. Da die Beschwerdeführerin keine konkreten Anhaltspunkte einer unangemessenen klinischen, anamnestischen, testologischen oder laborchemischen Untersuchung zu nennen vermag, erweist sich ihre Rüge als unbegründet.

8.2. Weiter macht die Beschwerdeführerin geltend, die Beschwerdegegnerin habe sich auf ein bidisziplinäres Gutachten (psychiatrisch/rheumatologisch) beschränkt, obwohl das Vorliegen eines Post-Covid-Syndroms belegt sei. Die Gutachter seien diesbezüglich auch nicht fachkompetent und hätten sich nicht mit diesem Beschwerdebild auseinandergesetzt. Folglich sei das Gutachten nicht beweiskräftig und es seien bezüglich der Arbeitsfähigkeit ab April 2024 ergänzende Abklärungen unabdingbar (vgl. act. A.1 S. 4 Ziff. II.1.b).

8.2.1. Gemäss Art. 43 Abs. 1 Satz 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Gestützt auf Art. 43 Abs. 1^{bis} ATSG bestimmt er die Art und den Umfang der notwendigen Abklärungen (vgl. auch Art. 57 Abs. 3 IVG). Erachtet der Versicherungsträger im Rahmen von medizinischen Abklärungen ein Gutachten als notwendig, so legt er nach Art. 44 Abs. 1 ATSG je nach Erfordernis die Art (monodisziplinäres, bidisziplinäres oder polydisziplinäres Gutachten) fest. Es kommt ihm eine ausschliessliche Entscheidkompetenz zu, um die notwendigen und massgebenden Abklärungsmassnahmen möglichst rasch und ohne Verzögerungen anordnen zu können (vgl. BBI 2017 2682). Eine polydisziplinäre Begutachtung soll nunmehr nur bei besonders komplexen Fällen angeordnet werden (vgl. BBI 2017 2682). Dies in Abkehr zur bisherigen Rechtsprechung, wonach regelmässig polydisziplinäre Begutachtungen zu erfolgen hatten, es sei denn, die medizinische Situation beschränke sich auf ein oder zwei Fachgebiete (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.2; Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden S 15 6 vom 15. Dezember 2015 E. 3b). Die Vergabe der Aufträge erfolgt sowohl bei bi- als auch bei polydisziplinären Gutachten nach dem Zufallsprinzip (Art. 72^{bis} Abs. 2 IVV). Bei mono- und bidisziplinären Gutachten werden die Fachdisziplinen vom Versicherungsträger, bei polydisziplinären Gutachten hingegen von der Gutachterstelle abschliessend festgelegt (Art. 44 Abs. 5 ATSG). Nach dem gesetzgeberischen Willen soll mit der revidierten Bestimmung von Art. 44 ATSG und deren Folgebestimmungen die (formelle) Eigenständigkeit der Verwaltung insbesondere mit Blick auf das Einholen von Gutachten gestärkt werden (vgl. zum Ganzen WIEDERKEHR, *Kompensation durch Verfahrensrechte? Eine kritische Würdigung des BGE 137 V 210 mit Blick auf Art. 44 ATSG*, SZS 2024 S. 239 ff., insb. S. 247 ff.). So stehen der versicherten Person nunmehr keine Mitwirkungsrechte gegen die Bestimmung der Fachdisziplinen zu und der Versicherungsträger muss darüber auch nicht in Verfügungsform entscheiden. Umgekehrt kann Letzterer gemäss Art. 44 Abs. 5 ATSG die von der Gutachterstelle bei polydisziplinären Gutachten vorgesehenen Fachdisziplinen nicht anfechten und hat diesen Entscheid zu akzeptieren (WIEDERKEHR, a.a.O., Art. 44 N. 65).

8.2.2. Entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin hat sich der psychiatrische Gutachter Dr. med. H._____ sehr wohl mit der aktenmässig gesicherten Covid-Infektion auseinandergesetzt (vgl. IV-act. 105 S. 25) und eine erhöhte Ermüdbarkeit sowie vermehrte Konzentrationsstörungen bei seiner Folgenabschätzung berücksichtigt (vgl. IV-act. 105 S. 26 f.). Die Beschwerdeführerin vermag denn auch nicht zu nennen, welche aus ihrer Sicht zusätzlichen Fachdisziplinen hätten berücksichtigt werden sollen. Sofern ihre Rüge

formeller Natur ist, verfängt sie aufgrund der seit Inkrafttreten des revidierten Art. 44 ATSG bestehenden Ausgestaltung des Verwaltungsverfahrens hinsichtlich der Einholung eines bidisziplinären Gutachtens nicht. Insbesondere besteht kein Anlass, die Beurteilung von Rügen, welche Fragen beschlagen, die zur Beweiswürdigung gehören, vorzuverlegen. Es sind auch keine sachfremden Einflüsse ersichtlich, welche die Beschwerdegegnerin dazu bewogen hätten, ein bidisziplinäres Gutachten einzuholen. Für die Anordnung des streitgegenständlichen Gutachtens stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die Einschätzung der RAD-Ärztin J._____, welcher die Hauptdiagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), aufgrund der seit Februar 2022 erfolgten stationären Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik, sowie die Nebendiagnosen einer Neurodermitis (ICD-10 L20.8), einer Zervikalneuralgie (ICD-10 M54.2), einer Dyslipidämie und eines Post-Covid-Syndroms seit 2019 vorlagen und entsprechend den interdisziplinären Bezug von Rheumatologie und Psychiatrie herleitete (vgl. Case Report [IV-act. 175 S. 12]). Indes ist die Rüge der fehlenden fachlichen Qualifikation der Gutachter bei der (materiellen) Würdigung des Gutachtens zu prüfen.

9. Die Gutachter nahmen zu den streitigen Belangen Stellung (vgl. IV-act. 105 S. 8 ff., S. 19 ff. und S. 30 ff.) und prüften die funktionellen Auswirkungen einer psychischen Erkrankung zur Feststellung der ärztlichen Arbeitsfähigkeitseinschätzung anhand des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (vgl. auch BGE 144 V 50 E. 4.3). Dabei wiesen sie in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus (vgl. IV-act. 105 S. 9):

1. *Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.10)*
2. *Chronisches myofaszial bedingtes zervikoskopuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0)*
 - *klinisch objektivierbare reaktive Myogelose der Subokzipital-, Trapezius- sowie der interskapulären Muskelgruppen bei hochthorakal leicht betonter Haltungsinsuffizienz auf dem Boden einer allgemeinen muskulären Dekonditionierung*
 - *klinisch segmental normale Bewegungsfähigkeit am Achsenskelett*

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wird eine artifizielle Störung (ICD-10 F68.1) ausgewiesen. In ihrer gesamtmedizinischen Beurteilung führten die Gutachter zu den wesentlichen Befunden und den Funktionseinschränkungen aus, im Vordergrund der Untersuchungen stünden objektiv – und auch von der Beschwerdeführerin angegeben – das psychische Leiden. Aus psychiatrischer Sicht

bestehe eine rezidivierende depressive Störung, welche im Jahr 2022 dekompenzierte, sodass die Beschwerdeführerin arbeitsunfähig geworden sei. Die depressive Symptomatik äussere sich in verminderter Freude, erhöhter Ermüdbarkeit, Konzentrations- und Schlafstörungen sowie intermittierender Suizidalität. Anlässlich der Untersuchung sei aktuell eine mittelgradige depressive Episode festgestellt worden. Die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht anhaltend eingeschränkt. Vom Bewegungsapparat her seien chronische Gelenk- und Muskelschmerzen bekannt. Bei der rheumatologischen Untersuchung sei ein chronisches, myofaszial bedingtes zervikokapuläres Schmerzsyndrom diagnostiziert worden. Dadurch sei die Belastbarkeit des Bewegungsapparates insbesondere im Schultergürtelbereich vermindert, sodass bei der angestammten Tätigkeit als Reinigungsangestellte vermehrte Pausen notwendig seien (IV-act. 105 S. 8). Zur Begründung der Gesamtarbeitsfähigkeit führten die Gutachter in ihrer Konsensbeurteilung aus, die Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit seien hauptsächlich durch das psychische Leiden begründet. Die aus rheumatologischer Sicht vermehrt notwendigen Pausen könnten mit den Pausen aus psychiatrischer Sicht und dem verminderten Arbeitspensum zusammengelegt werden. Die Gutachter führten aus, ab April 2024 sei eine Arbeitsfähigkeit von 50 % sowohl in der angestammten als auch in einer adaptierten, körperlich leichten bis selten mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit zumutbar. Es bestehe eine reduzierte Leistungsfähigkeit bei erhöhtem Pausenbedarf und reduziertem Rendement, überwiegend durch die Stundenreduktion abgebildet. Zum zeitlichen Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, ihre Angaben würden ab dem Untersuchungszeitpunkt im April 2024 gelten; vorher liessen sich keine genauen Angaben machen, weshalb auf die Beurteilung der behandelnden Ärzte verwiesen werden könne. Bezüglich der Haushaltstätigkeit bestehe aus interdisziplinärer Sicht bei eigener Zeiteinteilung und mit individuellen Pausen keine Einschränkung (IV-act. 105 S. 9 f.).

9.1. Die Beschwerdeführerin rügt hauptsächlich eine fehlende Beweistauglichkeit des Gutachtens. Die Gutachter hätten den medizinischen Sachverhalt ab Frühjahr 2024 vor dem Hintergrund des chronifizierten Krankheitsverlaufs sowie des fehlenden Ansprechens auf die medikamentöse Therapie zu optimistisch beurteilt, weshalb für die Arbeitsfähigkeitsschätzung auf den Bericht von Dr. med. G. _____ abzustellen sei. Ihr Gesundheitszustand habe sich entgegen der Einschätzung der Gutachter seit der Untersuchung im April 2024 nicht verbessert und es bestehe nach wie vor eine volle Arbeitsunfähigkeit (vgl. act. A.1 S. 5 Ziff. II.1.e).

9.1.1. In seinem Teilgutachten stellte Dr. med. H._____ die Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.10), sowie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine artifizielle Störung (ICD-10 F68.1). Der Gutachter führte anamnestisch eine vertiefende Befragung zu psychiatrischen Themen durch (vgl. IV-act. 105 S. 19 ff.) und äusserte sich im psychiatrischen Teilgutachten eingehend zur psychiatrischen Befundlage (vgl. IV-act. 105 S. 22 f.). Zur Herleitung der psychiatrischen Diagnosen führte er aus, die diagnostischen Kriterien einer mittelgradigen depressiven Episode, gekennzeichnet durch depressive Verstimmungen mit verminderter Freude, erhöhter Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, vermindertem Selbstwert mit Insuffizienz- und Schuldgedanken seien erfüllt. Diagnostisch handle es sich um eine rezidivierende depressive Störung, auch mit erfolgten Verschlechterungen und zweimaligem Suizidversuch durch Tablettenintoxikation. Im Rahmen der Depression sei eine Somatisierung mit subjektiv verstärkten somatischen Beschwerden möglich. Im Vordergrund stehe hier aber die affektive Symptomatik. Die zusätzliche Diagnose einer somatoformen Störung könne nicht gestellt werden. Zwar würden auch Erbrechen, in Zusammenhang mit Übelkeit (nicht selbstinduziert), sowie Ohnmachtsanfälle bei jeweils tiefem Blutdruck angegeben, beides müsse primär aus somatischer Sicht beurteilt werden, könne aber im Rahmen der affektiven Symptomatik psychisch überlagert sein. Bei der rheumatologischen Untersuchung seien Hämatome an den Oberarmen und Oberschenkeln festgestellt worden, vom Aspekt her entstanden vor etwa drei bis vier Wochen, die eigenen Angaben zufolge selbst zugefügt worden seien. Dabei handle es sich diagnostisch um eine artifizielle Störung, wobei die Symptombildung dabei bewusst und die Motivation unbewusst sei. Gegen selbstverletzendes Verhalten im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ sprächen die fehlenden weiteren Kennzeichen dieser Persönlichkeitsstörung. Die früher sonst normal verlaufene Sozialisation mit voller Leistungsfähigkeit spräche bei im Querschnittsbefund sonst wenig auffälligen Persönlichkeitsmerkmalen gegen die Achse-II-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. In den Akten sei auch eine Covid-Infektion aufgeführt. Eine vorbestehende psychische Störung gelte als deutlicher Prädiktor für einen ungünstigen Verlauf der Infektion. Seitens der Psychiatrie müssten jedoch tatsächlich bestehende psychosoziale Faktoren abgegrenzt werden, die gegen ein Post-Covid-Syndrom als Ursache für die Symptomatik sprächen. Tatsächlich bestünden auch psychosoziale Faktoren mit einem Ehemann, der ebenfalls krank sei, und mit einer angespannten finanziellen Situation. Einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit wirke sich die Depression aus. Die

Störungen würden aber negativ im Sinne der Chronifizierung interagieren. Die Arbeitsfähigkeit sei anhaltend eingeschränkt (vgl. IV-act. 105 S. 24 f.).

9.1.2. Aus den Akten ergeben sich keine konkreten Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit des psychiatrischen Teilgutachtens sprechen. Dieses wird auch von den Berichten des behandelnden Psychiaters, Dr. med. G._____, nicht in Frage gestellt. Nur weil Letzterer hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit vom Gutachten abweichende Einschätzungen vertritt, kann dies grundsätzlich nicht zum Anlass weiterer Abklärungen genommen werden (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 und 125 V 351 E. 3b/cc; Urteile des Bundesgerichts 8C_68/2023 vom 10. August 2023 E. 5.1.5 und 8C_630/2020 vom 28. Januar 2021 E. 4.2.1). Es ist auch nicht die genaue diagnostische Einordnung eines Leidens entscheidend, sondern dessen funktionelle Auswirkung (vgl. BGE 144 V 245 E. 5.5.2 in fine; Urteile des Bundesgerichts 8C_508/2024 vom 18. Juni 2025 E. 5.2, 8C_318/2024 vom 23. Januar 2025 E. 4.1.3). Dr. med. G._____ führte in seinem Bericht vom 6. September 2024 bezüglich der funktionellen Einschränkungen (wohl ab April 2024) aus, die Fähigkeit zur Bewältigung alltäglicher Aufgaben sei erheblich beeinträchtigt und führe zu erheblichen Einschränkungen der Konzentrations- und Leistungsfähigkeit sowie zu stark eingeschränktem Antrieb und eingeschränkter Belastbarkeit (IV-act. 127). Diese Ausführungen stehen nicht im Widerspruch zu den psychiatrischen Befunden im Gutachten. Gemäss diesem ist unter anderem der Antrieb herabgesetzt und den Angaben der Beschwerdeführerin zufolge bestehen Schlafstörungen in der Nacht und erhöhte Ermüdbarkeit am Tag. Weiter ist der Selbstwert herabgesetzt mit Insuffizienzgedanken unter Angabe von Schuldgedanken sowie Ängsten; vegetative Symptome als Ausdruck der Angst sind nicht feststellbar. Hinweise auf Zwänge bestehen nicht. Es werden leichte Konzentrationsstörungen beobachtet, während die Aufmerksamkeit, die Auffassung und das Gedächtnis sonst intakt sind. Das Denken ist formal geordnet und inhaltlich bestehen keine Hinweise auf Wahnideen, Sinnestäuschungen, Halluzinationen oder Ich-Störungen. Es wird ein zum Teil spätes Aufstehen am Morgen angegeben. Anamnestisch werden passive Sterbewünsche und Suizidgedanken angeführt; es bestehen keine Hinweise auf akute Suizidalität oder auf fremdaggressives Verhalten (IV-act. 105 S. 23). Bezüglich der Verhaltensbeobachtung wird unter anderem ausgeführt, die affektive Modulation bleibt eingeschränkt, durchwegs zum depressiven Pol hingelenkt (IV-act. 105 S. 22). Diese Einschätzung deckt sich mit dem echtzeitlichen ärztlichen Bericht von Dr. med. K._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. August 2024, der gestützt auf die letzte fachärztliche Untersuchung vom 25. Juli 2024 zusammenfassend aufgrund der seit 2022 bestehenden depressiven Symptomatik nach zweimaliger stationärer

Behandlung als Funktionseinschränkungen unter anderem eine erhöhte Ermüdbarkeit, eine Konzentrationsstörung sowie einen vermehrten Erholungsbedarf nennt (vgl. IV-act. 113 S. 4 und S. 11 f.); die zumutbare Arbeitsfähigkeit wird in einer körperlich leichten bis teilweise mittelschweren Tätigkeit auf 50 % mit erhöhtem Pausenbedarf angegeben (vgl. IV-act. 113 S. 12). Da die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge trägt und diesem Ermessensspielraum Rechnung zu tragen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_385/2022 vom 2. November 2022 E. 3.3), sofern dabei lege artis vorgegangen wird (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.1.2 und E. 4.3, 137 V 210 E. 3.4.2.3; Urteile des Bundesgerichts 8C_92/2025 vom 29. Oktober 2025 E. 5.2, 8C_750/2024 vom 7. August 2025 E. 4.3.2, 8C_100/2024 vom 19. September 2024 E. 7.1, je m.w.H.), lässt dies den von den Gutachtern in ihrer Stellungnahme vom 9. November 2024 berechtigten Schluss zu, dass es sich bei der Beurteilung des behandelnden Psychiaters gegenüber der Beurteilung im psychiatrischen Teilgutachten um eine andere Beurteilung eines ähnlichen Gesundheitszustandes handelt (IV-act. 139).

Dieser Einschätzung vermag auch der im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht von Dr. med. G._____ vom 11. April 2025 nichts entgegenzusetzen. Im Gegenteil ergibt sich daraus wiederum eine ähnliche Befundlage wie anlässlich der Begutachtung: Im Verlauf des Gesprächs lasse die Konzentration nach. Inhaltliche Denkstörungen seien nicht feststellbar. Die Beschwerdeführerin sei stark auf ihre Schmerzen fixiert und zeige Zeichen des Grübelns, wirke unsicher und berichte von Versagens- und Zukunftsängsten. Es bestünden keine Hinweise auf Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Affektiv zeige sich eine mittelgradige bis starke Verschiebung zum depressiven Pol. Der Antrieb sei reduziert und es sei ein ausgeprägtes Morgentief vorhanden. Aggressivität werde verneint. Es werde von Phasen mit suizidalen Gedanken berichtet, jedoch könne sie sich glaubhaft davon distanzieren. Es würden Ein- und Durchschlafstörungen angegeben (act. B.3 S. 2). Die unterschiedliche Einschätzung der anhaltend eingeschränkten Arbeitsfähigkeit durch Dr. med. G._____ begründet daher keine erheblichen Zweifel an der Einschätzung der Gutachter bezüglich der funktionellen Leistungsfähigkeit ab April 2024.

9.1.3. Im Übrigen kann die Beschwerdeführerin auch keine konkreten Einschränkungen benennen, welche bei der gutachterlichen Beurteilung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sein sollen. Unzutreffend ist auch ihre Auffassung, dass der Gutachter zur Beurteilung des Post-Covid-Syndroms fachlich nicht kompetent sei (vgl. act. A.1 S. 4 Ziff. II.1.b). Einerseits findet sich die Diagnose des Post-Covid-

Syndroms ausschliesslich in zwei Berichten von Dr. med. G._____, bei dem die Beschwerdeführerin seit dem 19. Mai 2023 in psychiatrischer Behandlung ist (vgl. IV-act. 80 und act. B3 S. 2). Dem Austrittsbericht der L._____ vom 31. Mai 2023 zufolge wurde die Beschwerdeführerin vom 8. Mai 2023 notfallmässig aufgrund einer Covid-Infektion von der psychiatrischen Klinik ins F._____ verlegt (IV-act. 79 S. 5). Dem Austrittsbericht vom 2. Juni 2023 lässt sich ferner entnehmen, dass die Beschwerdeführerin am 10. Mai 2023 wieder in die stationäre Behandlung mit der Nebendiagnose einer Covid-Erkrankung eintrat sowie am 11. Mai 2023 bei leicht verbessertem Zustandsbild austrat (IV-act. 79 S. 7 f.). Andererseits ist Dr. med. G._____ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH. Daher kann seine fachärztliche Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich gestützt auf eine ebenfalls fachärztlich abweichende Beurteilung entkräftet werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_439/2024 vom 24. März 2025 E. 5.3.2, 9C_458/2021 vom 15. November 2021 E. 3.3, 8C_584/2018 vom 13. November 2018 E. 4.1.1.2, 8C_450/2018 vom 16. Oktober 2018 E. 5.1, 9C_139/2014 vom 6. Oktober 2014 E. 5.2 mit Hinweisen). Aufgrund der unzweifelhaften Fachkompetenz von Dr. med. H._____ in der Fachrichtung Psychiatrie und Psychotherapie vermag die materielle Rüge der fehlenden fachlichen Qualifikation demnach nicht zu überzeugen. Wenn nun der Gutachter zum Schluss gelangt, dass die im Mai 2023 erlittene Covid-Infektion fachärztlich aufgrund der tatsächlich bestehenden psychosozialen Faktoren von einem Post-Covid-Syndrom als Ursache für die Symptomatik abzugrenzen sei (vgl. IV-act. 105 S. 25) und eine erhöhte Ermüdbarkeit sowie vermehrte Konzentrationsstörungen letztlich im Rahmen der affektiven Symptomatik bei seiner Folgenabschätzung berücksichtigt (vgl. IV-act. 105 S. 26 f.), so ist dies durchaus nachvollziehbar und schlüssig.

9.1.4. Weiter hielt der Gutachter Dr. med. H._____ fest, es bestehe eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, bei Status nach stationärer Behandlung, mit antidepressiver Medikation. Aufgrund der Medikamentenspiegel seien die therapeutischen Möglichkeiten prinzipiell nicht ausgeschöpft, gerade bei persistierender depressiver Symptomatik. Die Medikamentenspiegel der Analgetika seien deutlich tief bzw. praktisch kaum nachweisbar. Schliesslich wären aber psychosoziale Massnahmen notwendig mit professioneller schrittweiser Wiederorientierung auf eine ausserhäusliche Erwerbstätigkeit hin, falls die Beschwerdeführerin ernsthaft wieder einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit nachgehen möchte. Entsprechende berufliche Massnahmen wären unter optimaler Therapie aus medizinischer Sicht möglich. Die Prognose sei aber aus jetziger Sicht aufgrund des chronischen Verlaufs und der deutlich ausgeprägten Krankheits- und

Behinderungsüberzeugung ungünstig (vgl. IV-act. 105 S. 25 f.). In diesem Zusammenhang stützte sich der Gutachter sowohl auf die von der Beschwerdeführerin als auch in den Akten beschriebenen psychosozialen Belastungsfaktoren ab. Die Beschwerdeführerin führte anlässlich der Begutachtung aus, die zuletzt seit dem 1. Juni 2021 ausgeübte Tätigkeit als Betriebsangestellte in der B._____ (vgl. IV-act. 6) habe ihr zwar gut gefallen, sei aber auch anstrengend gewesen; sie sei dann seit Februar 2022 krank und könne wegen Müdigkeit, Depression und Angst nicht mehr arbeiten. Weiter führte sie zusammenfassend aus, sie wohne zusammen mit ihrem Ehemann und dem jüngeren Sohn. Der Ehemann arbeite zum Teil nicht, habe auch gesundheitliche Probleme. Sie habe stets gearbeitet und versucht, der Familie zu helfen, jetzt sei ihr dies nicht mehr möglich. Erst wenn sie gesund sei, könne sie wieder arbeiten. Es sehe aber eher so aus, dass sie nicht mehr gesund werde (vgl. IV-act. 105 S. 21 f.). Dem Notfallbericht des F._____ vom 2. Februar 2022 ist zu entnehmen, dass bei der gleichentags erfolgten Selbstzuweisung wegen depressiver Symptomatik die schwierige familiäre Situation, insbesondere die Arbeitslosigkeit des Ehemannes, als belastender Faktor identifiziert würde (IV-act. 19 S. 2). Dem ärztlichen Bericht der L._____ vom 5. Mai 2022 bezüglich der per 5. Februar 2022 bestehenden ambulanten Behandlung ist zudem zu entnehmen, dass das formale Denken auf die familiäre Situation eingeeengt sei, verbunden mit finanziellen Schwierigkeiten (IV-act. 19 S. 4). In ihrem Arztbericht vom 16. Mai 2022 berichteten die behandelnden Psychiater der L._____, die Beschwerdeführerin lehne einen stationären Aufenthalt ab, da sie für ihre Familie da sein müsse, weil es dem Ehemann und dem Sohn auch nicht gut gehen würde. Im Alltag werde sie durch ihren Ehemann unterstützt; dieser würde auch alles im Haushalt erledigen (IV-act. 26 S. 2 und S. 4). In seinem ärztlichen Bericht vom 7. August 2022 berichtete der Hausarzt Dr. med. M._____, im Hintergrund bestehe eine verzweifelte, aussichtslos erscheinende psychosoziale Situation mit Phasen von Arbeitslosigkeit sowie Überforderung bei der Arbeit. So habe die Beschwerdeführerin nebst dem 80 %-Pensum in der B._____ zeitweise als private Reinigungskraft gearbeitet und trotzdem habe das Einkommen weder für das Nötigste noch für den Abbau der vorhandenen Schulden der Familie gereicht. Der Ehemann sei ebenfalls krank sowie arbeitslos und der zu Hause lebende Sohn, der zwar einen Job habe, könne auch nichts beitragen, da er Privatschulden bei bestehender Lohnpfändung habe. Die Beschwerdeführerin sei seit dem 2. Februar 2022 nie in die Praxis zur Kontrolle gekommen, weshalb er sie aus eigener Veranlassung zu Hause besucht habe. Es würden keine gesundheitlichen Fortschritte verzeichnet und sie wolle sich aus Kostengründen nicht auf weitere psychotherapeutische Behandlungen einlassen, da alles kaum helfe und eine intensivere Behandlung nur ihren Schuldenberg erhöhen würde. Sie fühle sich sehr

schwach, gehe praktisch nie aus dem Haus, lebe im abgedunkelten Wohnzimmer und der Ehemann sei auch meistens zu Hause. Seiner Einschätzung nach müsse eine intensivere resp. stationäre psychiatrische Behandlung erfolgen, wozu aber keine Bereitschaft der Beschwerdeführerin und auch der Familie vorhanden sei. Es hänge alles vom Verlauf der depressiven Störung ab und davon, ob es für die Familie irgendwelche wirtschaftlichen Perspektiven gäbe. Die Beschwerdeführerin habe sich seit Jahren als Working Poor aufgeopfert mit perspektivloser, psychosozialer Situation. Im Haushalt würde der Ehemann alles erledigen, während sie kaum was mache (IV-act. 42 S. 2 ff.). Dem Austrittsbericht der L._____ über die unfreiwillige Hospitalisation vom 21. September 2022 bis zum 3. November 2022 in der D._____ ist zu entnehmen, dass der Aufenthalt als Folge von mehreren psychosozialen Belastungsfaktoren mit aufgetretener akuter Suizidalität erfolgt sei. Zum Zeitpunkt des Austritts habe sich die Symptomatik teilremittiert/remittiert gezeigt und für das Vorliegen von akuter Suizidalität sei kein Anhaltspunkt vorhanden gewesen (IV-act. 52 S. 3). Im weiteren Verlauf war die Beschwerdeführerin gemäss Verlaufsbericht der L._____ vom 28. Februar 2023 im ambulanten Setting nicht mitwirkungsbereit und zeigte kaum Motivation sowie Krankheitseinsicht; das formale Denken sei etwas verlangsamt, eingeengt auf den körperlichen und psychischen Zustand sowie auf die familiäre Situation (IV-act. 63). Nach anfänglich freiwilliger stationärer Behandlung in der D._____ ab dem 16. März 2023 aufgrund akuter Zustandsverschlechterung erfolgte eine weitere fürsorgerische Unterbringung wegen einer Mischintoxikation mit Medikamenten in suizidaler Absicht (vgl. IV-act. 79). Dem entsprechenden Austrittsbericht der L._____ vom 2. Juni 2023 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin in gegenseitigem Einverständnis am 11. Mai 2023 ausgetreten sei; insgesamt würden unter Ablehnung einer tagesklinischen Behandlung die Krankheitseinsicht sowie die Behandlungsbereitschaft fehlen (IV-act. 79 S. 8).

9.1.5. Der Gutachter führte bezüglich seiner Diagnosestellung in Ergänzung zur bereits wiedergegebenen Herleitung (Erwägung 9.1.1. hiervor) schlüssig aus, dass zwar eine schwere depressive Episode geltend gemacht werde und Suizidversuche durch Medikamentenintoxikation vorlägen, Menschen mit einer schweren depressiven Episode würden jedoch eine deutliche Antriebshemmung zeigen, wie „versteinert“ wirken oder Phasen von Erregtheit im Sinne der agitierten Depression zeigen. Bei einer schweren depressiven Episode seien Tätigkeiten und Aktivitäten nicht mehr möglich, insbesondere Ferienreisen. Dem Gutachter zufolge spräche gegen eine schwere psychische Erkrankung, dass die Beschwerdeführerin nach wie vor mit der Familie reisen könne, so auch an Weihnachten/Neujahr nach N._____ mit dem Auto. Die Depression sei demnach mittelgradig ausgeprägt (IV-

act. 105 S. 24). Zur Diagnosestellung passen die seitens des Gutachters während der Untersuchung gemachten Verhaltensbeobachtungen, wonach sich die Beschwerdeführerin kooperativ zeigte, die gestellten Fragen ausführlich beantwortete und der affektive Kontakt gut herstellbar war (IV-act. 105 S. 22 f.). Zudem weist der von ihr geschilderte Tagesablauf gewisse erhaltene Aktivitäten im Haushalt (Wäsche zusammenlegen, Einkaufen) sowie die Fähigkeit auf, Familienbesuche zu empfangen (IV-act. 105 S. 21 f.).

9.2. Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin orientierte sich der Gutachter Dr. med. H._____ an den normativen Vorgaben von BGE 141 V 281 bzw. am sogenannten strukturierten Beweisverfahren (vgl. Erwägung 7.2. hiervor).

9.2.1. Zum Komplex "*Gesundheitsschädigung*" (mit den Indikatoren "*Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde*", "*Behandlungserfolg oder -resistenz*", "*Eingliederungserfolg oder -resistenz*" und "*Komorbiditäten*") der Kategorie "*funktionaler Schweregrad*" kann vorab auf den gutachterlichen Untersuchungsbefund verwiesen werden, welcher gestützt auf die Herleitung der Diagnose unter Ausklammerung psychosozialer Faktoren im Sinne einer mittelgradigen depressiven Störung, die sich im Verlauf chronifiziert hat, einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt (vgl. IV-act. 105 S. 23 und S. 24 f. [Erwägungen 9.1.1. und 9.1.2. hiervor]). Weiter führt der Gutachter aus, die affektive Symptomatik wirke sich funktionell einschränkend aus, dadurch komme es zu einer erhöhten Ermüdbarkeit und es könne auch vermehrt zu Konzentrationsstörungen kommen. Eine anhaltende gänzliche Arbeitsunfähigkeit sei indes nicht begründet (IV-act. 105 S. 26). In Bezug auf den funktionellen Schweregrad erweist sich der Indikator der diagnoserelevanten Befunde als mittelgradig ausgeprägt. In Bezug auf Behandlungserfolg oder -resistenz erachtet Dr. med. H._____ weitere medizinische Massnahmen für notwendig bei optimierter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung (IV-act. 105 S. 25 ff.). Bezüglich der Eingliederung bestehe eine ausgeprägte Krankheits- sowie Behinderungsüberzeugung; medizinisch-theoretisch könne die Arbeitsfähigkeit unter optimaler Therapie erhalten werden (IV-act. 105 S. 27). Auch der behandelnde Psychiater Dr. med. G._____ berichtete in seiner Stellungnahme vom 11. April 2025, der therapeutische Zweck der ambulanten Behandlung diene der Erreichung einer psychischen und physischen Stabilität (vgl. act. B.3). Im Ergebnis sind Therapieresistenzen zu verneinen. Zum Indikator der Komorbiditäten ist zu bemerken, dass – mangels anderer Angaben in den Akten und anderslautender substantiiertes Vorbringen der Beschwerdeführerin – keine weiteren Gesundheitsstörungen zu den bereits bei den Untersuchungen im

Gutachten gestellten Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hinzugekommen sind.

9.2.2. Zum Komplex "*Persönlichkeit*" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) der Kategorie "*funktionaler Schweregrad*" hielt Dr. med. H._____ fest, die Beschwerdeführerin verfüge über Ressourcen bezüglich lebenspraktischer Tätigkeiten bei einem ursprünglich in O._____ abgeschlossenen Technologiestudium, dann aber Tätigkeiten als Reinigungskraft. Es sei eine Doppelbelastung als Hausfrau und Mutter mit ausserhäuslicher Erwerbstätigkeit entstanden. Es würden weitere psychosoziale Belastungen in Zusammenhang mit der Arbeitslosigkeit und Krankheit des Ehemannes sowie der angespannten finanziellen Situation bestehen. Die anlässlich der rheumatologischen Untersuchung präsentierten Hämatome, welche sie sich eigenen Angaben zufolge selbst zugefügt haben soll, würden doch auf eine Störung im Umgang mit Krankheit und der Krankenrolle hindeuten. Ihren Angaben zufolge könne sie nichts mehr machen und sei auf Begleitung angewiesen. Sie könne jedoch nach wie vor mit der Familie reisen, so auch an Weihnachten/Neujahr nach N._____ mit dem Auto. Wenn ihr seitens der Familie zu viel abgenommen werde, könne im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinnes das regressive Verhalten verstärkt werden. Eine anhaltende gänzliche Arbeitsunfähigkeit sei nicht begründet (IV-act. 105 S. 26). Zudem verneinte der psychiatrische Gutachter unter Bezugnahme auf die normal verlaufene Sozialisation mit voller Leistungsfähigkeit in nachvollziehbarer Weise das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ (vgl. IV-act. 105 S. 25).

9.2.3. Zum Komplex "*Sozialer Kontext*" der Kategorie "*funktionaler Schweregrad*" vermerkte Dr. med. H._____, die aus O._____ stammende Beschwerdeführerin habe mit 19 ihren Ehemann geheiratet, mit dem sie noch heute zusammenwohne. Aus der Ehe gingen ein Sohn und Zwillinge, ein Sohn und eine Tochter, hervor. Einer der Söhne wohne noch zuhause. In N._____ hätte sie Familienangehörige, zu denen Kontakt bestehe. Eigenen Angaben zufolge habe sie nur Kontakte in der Familie sowie keinen Kontakt zu anderen Menschen (IV-act. 105 S. 22 ff.). Praxisgemäss spielt es keine Rolle, dass – wie vorliegend (vgl. dazu vorstehende Erwägungen 8.2.1 f.) – psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren bei der Entstehung einer Gesundheitsschädigung einen wichtigen Einfluss gehabt hatten, sofern sich inzwischen ein eigenständiger invalidisierender Gesundheitsschaden entwickelt hat. Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren sind aber insoweit auszuklammern, als es darum geht, die für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit kausalen versicherten Aspekte zu umschreiben. Mit anderen Worten finden soziale

Faktoren keine Berücksichtigung, sobald sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen. Eine krankheitswertige Störung muss folglich umso ausgeprägter vorhanden sein, je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren das Beschwerdebild mitprägen. Wohl überschneiden sich krankheitswertige psychische Störungen sowie psychosoziale und soziokulturelle Aspekte oftmals. Ob dabei aber ein verselbstständiger Gesundheitsschaden vorliegt, ist im Rahmen des mit BGE 141 V 281 eingeführten strukturierten Beweisverfahrens zu prüfen, indem die betreffenden Umstände und ihre Entwicklung als Ressourcen oder Belastungsfaktoren in den Komplexen "*Persönlichkeit*" und "*sozialer Kontext*" bewertet werden. Soziale Belastungen, die direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, sind aber nicht vorab und losgelöst von der Indikatorenprüfung, sondern in deren Rahmen im Gesamtkontext zu würdigen. Dabei werden die funktionellen Folgen von Gesundheitsschädigungen durchaus auch mit Blick auf psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren abgeschätzt, welche den Wirkungsgrad der Folgen einer Gesundheitsschädigung beeinflussen (Urteile des Bundesgerichts 8C_481/2024 vom 4. März 2025 E. 5.2.1 und 8C_441/2024 vom 31. Januar 2025 E. 6.1, je m.w.H.). Was die psychosozialen Belastungsfaktoren anbelangt, ist die Schlussfolgerung des Gutachters, dass die deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung medizinisch-theoretisch einen Einfluss auf Eingliederungsmassnahmen habe, nachvollziehbar. Demgemäss bestünden deutliche psychosoziale Faktoren, welche gepaart mit der Doppelbelastung der ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit dazu führen würden, dass die Beschwerdeführerin sich gegenüber ihren Beschwerden passiv verhalte und von der Umgebung Hilfe erwarte mit typisch familienorientiertem Krankheitsverständnis. Die psychosozialen Faktoren seien als solche krankheitsfremd, würden aber eine wesentliche Rolle spielen bei der Überzeugung, anhaltend gänzlich krank und arbeitsunfähig zu sein. Die verschiedenen gesundheitlichen Probleme würden negativ im Sinne der bestehenden Chronifizierung interagieren (IV-act. 105 S. 27 f.). Insofern würdigte der Gutachter die psychosozialen Faktoren im Einklang mit der Rechtsprechung im Gesamtkontext und schrieb ihnen keine eigenständigen negativen funktionellen Folgen zu.

9.2.4. Was sodann die Kategorie "*Konsistenz*" (Gesichtspunkte des Verhaltens) und den darin zu prüfenden Komplex "*Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen*" anbelangt, hielt Dr. med. H. _____ fest, die Angaben der Beschwerdeführerin seien widersprüchlich. Sie würde angeben, nichts mehr machen zu können, überall hin begleitet werden zu müssen, was etwas schwer nachvollziehbar sei. Dagegen kontrastiere, dass sie nach wie vor den Fahrausweis besitze sowie reisefähig sei. Trotz subjektiv starker

Beschwerden mit Schmerzen sei eine stundenlange Autoreise möglich (IV-act. 105 S. 24). Inkonsistenzen würden sich auch bezüglich der widersprüchlichen Aussagen zu den geklagten physischen Schmerzen im Kontrast zum tiefen resp. nicht vorhandenen Medikamentenspiegel der Analgetika ergeben (IV-act. 105 S. 25). Die von der Beschwerdeführerin erstmals während der Begutachtung angegebenen Ohnmachtsanfälle wegen zu tiefen Blutdrucks (IV-act. 105 S. 24) kontrastieren mit dem nach einem Sturz vom 8. Oktober 2022 klinisch normalen Blutdruck (vgl. IV-act. 52 S. 2) sowie mit dem klinisch befundeten hohen Blutdruck bei der rheumatologischen Untersuchung (vgl. IV-act. 105 S. 33). Weiter hält der Gutachter fest, eine (bewusstseinsferne) Verdeutlichung bestehe sicher, ein (bewusstseinsnahes) aggraviorisches Verhalten sei nicht erwiesen, aber auch nicht gänzlich ausgeschlossen (IV-act. 105 S. 22). Im Lichte dessen ist nachvollziehbar, dass eine gänzliche Einschränkung des Aktivitätenniveaus somit nicht gegeben ist.

9.2.5. Zum Komplex *"Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck"* der Kategorie *"Konsistenz"* (Gesichtspunkte des Verhaltens) kann auf das hiavor zum Medikamentenspiegel und zur Therapierbarkeit Gesagte verwiesen werden (vgl. Erwägungen 9.2.1. und 9.2.4. hiavor). Zudem hielt der Gutachter sodann fest, es sei gut möglich, dass die Depression während der stationären Behandlung im Rahmen des rezidivierenden Verlaufs auch schwer ausgeprägt gewesen sei. Die Arbeitsfähigkeit sei aber längerfristig und gemittelt im Verlauf eingeschätzt, auch unter Ausnutzung aller Optionen. Die Beurteilung in den Akten sei nicht konsistent mit dem Verlauf, somit könne aber mit Sicherheit erst seit der aktuellen Untersuchung von einer mittelgradigen depressiven Episode ausgegangen werden (IV-act. 105 S. 24). Rechtsprechungsgemäss ist zwar nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist (vgl. BGE 141 V 281; Urteil des Bundesgerichts 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 E. 4.4.2); indes scheint konkret ein gewisser Leidensdruck vorhanden zu sein.

9.3. Insgesamt sprechen somit keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. H._____, weshalb diesem volle Beweiskraft zukommt. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen sind erstellt und die gutachterliche Einschätzung überzeugend, wonach aus psychiatrischer Sicht in der bisherigen

Tätigkeit sowie in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % zumutbar ist (IV-act. 105 S. 26 f.).

10.1. Mangels konkreter Einwände der Beschwerdeführerin sowie anderer fachärztlich-rheumatologischer oder orthopädischer Akten kommt dem rheumatologischen Teilgutachten des Gutachters Dr. med. I._____, der anamnestisch eine vertiefte Befragung zu rheumatologischen Themen durchführte (vgl. IV-act. 105 S. 30 ff.) und sich eingehend zur rheumatologischen Befundlage äusserte (vgl. IV-act. 105 S. 32 ff.), volle Beweiskraft zu. Der Gutachter bescheinigte schlüssig und nachvollziehbar, dass sich das diagnostizierte chronische, myofaszial bedingte zervikoskopuläre Schmerzsyndrom wegen des regelmässigen Pausenbedarfs funktionell mit einer Leistungseinbusse von 30 % auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auswirke und dass in einer rheumatologisch angepassten Tätigkeit aufgrund des regelmässigen Pausenbedarfs eine um 10 % reduzierte Leistungsfähigkeit resultiere (IV-act. 105 S. 36 f.).

10.2. Wenn die Beschwerdeführerin bemängelt, der in der Konsensbeurteilung aus rheumatologischer Sicht resultierende erhöhte Pausenbedarf sei nicht mit der aus psychiatrischer Sicht attestierten 50%igen Arbeitsfähigkeit kumuliert worden (vgl. act. A.1 S. 5 f. Ziff. II.2.a ff.), kann ihr nicht gefolgt werden. Aus der Konsensbeurteilung (vgl. Erwägung 9. hiervor) ergibt sich schlüssig und nachvollziehbar, dass die aus rheumatologischer Sicht vermehrt notwendigen Pausen mit dem sich aus psychiatrischer Sicht ergebenden Pausenbedarf aufgrund des Zumutbarkeitsprofils nicht zusätzlich zu kumulieren sind (vgl. IV-act. 105 S. 9). Es leuchtet denn auch ein, dass sich die Beschwerdeführerin während der einzulegenden Pausen sowohl psychisch wie auch somatisch erholen kann. Zusammenfassend ist das bidisziplinäre Gutachten vom 10. Juni 2024 voll beweiswertig. Es ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin aus medizinischer Sicht der Einschätzung der RAD-Ärztin vom 26. Juni 2024 folgend auf das erwähnte Gutachten abgestellt hat (vgl. Case Report [IV-act. 175 S. 22 f.]). In dieser Hinsicht erweist sich die Beschwerde als unbegründet.

11.1. Soweit die Beschwerdeführerin zur Invaliditätsbemessung (pauschal) vorträgt, dass für eine psychisch und physisch körperlich erkrankte Person sich kein Nischenarbeitsplatz finden lasse, der die erhöhte Pausenbedürftigkeit über eine längere Anwesenheitsdauer ausgleiche, kann ihr nicht gefolgt werden (vgl. act. A.1 S. 5 Ziff. II.2.b). Rechtsprechungsgemäss ist bei der Invaliditätsbemessung im erwerblichen Bereich der hypothetisch als ausgeglichen unterstellte Arbeitsmarkt Referenzpunkt (BGE 147 V 124 E. 6.2), mithin eine theoretische und abstrakte

Grösse. Dieser Begriff berücksichtigt die konkrete Arbeitsmarktlage nicht. Er umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Angebot von und der Nachfrage nach Stellen; andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält (BGE 134 V 64 E. 4.2.1, 110 V 273 E. 4b). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Personen mit Beeinträchtigungen mit einem sozialen Entgegenkommen seitens des Arbeitgebers rechnen können (BGE 148 V 174 E. 9.1). Die blossе Arbeitsfähigkeit in reduziertem Pensum begründet jedenfalls keine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit (Urteil des Bundesgerichts 8C_312/2024 vom 4. April 2025 E. 6.2). Vor dem Hintergrund des durch den Gesetzgeber gewollten Konzepts des hypothetisch ausgeglichen Arbeitsmarkts und mangels konkreter Gründe, inwiefern der Beschwerdeführerin die Ausschöpfung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht zugemutet werden kann, erweist sich die Rüge als unbegründet.

11.2. Schliesslich rügt die Beschwerdeführerin konkret eine fehlerhafte Berechnung des Validen- und Invalideneinkommens resp. des daraus resultierenden Invaliditätsgrades von 50 % ab Juli 2024 (act. A.1 S. 5 ff.). Unter Berücksichtigung der massgebenden Bemessungs- und Berechnungskriterien (vgl. dazu vorstehende Erwägungen 5.3.1. und 5.3.2.) gilt es folgendes festzuhalten:

11.2.1. Die Beschwerdegegnerin ging zwar richtigerweise für die Berechnung des hypothetischen Valideneinkommens vom letzten vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung erzielten Einkommen im Jahr 2021 aus; dieses betrage ihrer Ansicht nach gemäss IK-Auszug gesamthaft CHF 65'373.00, bestehend aus dem erzielten Lohn aus dem 80 %-Pensum als Reinigungskraft gemäss Lohnausweis 2021 von CHF 56'435.00 zuzüglich eines Bonus von CHF 950.00, entsprechend CHF 57'385.00, sowie aus dem im Privathaushalt M._____ in C._____ erzielten Lohn von gesamthaft CHF 6'346.00 und jenem von drei weiteren Arbeitgebern (vgl. Case Report [IV-act. 175 S. 26]). Abgesehen davon, dass die herangezogenen Löhne korrekt addiert CHF 63'731.00 und die im IK-Auszug im Jahr 2021 ausgewiesenen Löhne korrekterweise gesamthaft CHF 70'112.00 betragen (IV-act. 64 S. 2), kann weder aus dem IK-Auszug noch aus den übrigen Akten ermittelt werden, dass dieser Lohn effektiv einem Vollzeitpensum entspricht, von welchem die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Akten ausging (vgl. IV-act. 27 S. 3 und Case Report [IV-act. 175 S. 25]). Dies entgegen der nachgeschobenen Auffassung in der Beschwerdeantwort vom 27. März 2025, wonach ein höheres Valideneinkommen für ein 100 % Pensum offen gelassen

werden könne (vgl. act. A.3. S. 4). Insofern ist der Beschwerdeführerin beizupflichten, dass das hypothetische Valideneinkommen bei voller Gesundheit einem 100 %-Pensum zu entsprechen hat, weil sie im Gesundheitsfall eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit ausüben würde (vgl. Art. 24^{septies} Abs. 2 lit. a IVV), und dass die blosser Addition des Einkommens aus dem 80 %-Pensum und des Einkommens für eine Tätigkeit von ca. vier Stunden pro Woche im Privathaushalt M._____ in C._____ dem nicht gleich kommt, mithin das Valideneinkommen zu tief bemessen worden ist (vgl. act. A.1 S. 7 Ziff. II.4). Aus den Akten ergibt sich, dass in der B._____ die betriebsübliche wöchentliche Sollarbeitszeit bei einem Vollzeitpensum weisungsgemäss 42 Stunden und jene für ein 80 %-Pensum 33.6 Stunden beträgt (vgl. IV-act. 6 S. 1; 18; 28 S. 2). Nach Angaben der Beschwerdeführerin war sie zu 10 % bis 15 % als Haushaltshilfe im Privathaushalt M._____ in C._____ angestellt (vgl. IV-act. 4 S. 6; 27 S. 2); den Angaben des Arbeitgebers zufolge betrug dieses Pensum vier Stunden pro Woche (IV-act. 6 S. 3; 32 S. 1). Der sich aus den Lohnausweisen 2021 ergebende Lohn als Mitarbeiterin in der B._____ beträgt CHF 57'385.00 inklusive Bonus (vgl. IV-act. 7 S. 2) und jener für die Tätigkeit im Privathaushalt CHF 6'346.00 (IV-act. 7 S. 1), sodass für eine Tätigkeit mit gesamthaft 37.6 Stunden pro Woche, hochgerechnet auf ein Vollzeitpensum mit einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (vgl. Tabelle T 03.02.03.01.04.01), ein für das Jahr 2021 massgebendes Einkommen von CHF 70'680.40 resultiert (CHF 63'731.00 x 1.10904255). Unter Berücksichtigung der geschlechts- und wirtschaftszweigspezifischen Index-Werte der Nominallohnentwicklung (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_703/2019 vom 6. Oktober 2020 E. 4.3 und 9C_467/2009 vom 19. August 2009 E. 2.2) resultiert ein hypothetisches Einkommen ohne Invalidität von gerundet CHF 74'340.20 (CHF 70'680.40 per 2021 x 1.007 x 1.018 x 1.026 [Tabelle T1.2.10, Wirtschaftszweige 45-96 Sektor 3 Dienstleistungen]).

11.2.2. Sodann ging die Beschwerdegegnerin zur Ermittlung des hypothetischen Invalideneinkommens davon aus, dass gestützt auf das Gutachten sowie die RAD-Beurteilung ab April 2024 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bestehe, sodass die Hälfte des Valideneinkommens erzielt werden könne (vgl. IV-act. 143 S. 2 und Case Report [IV-act. 175 S. 26]). Da die Beschwerdeführerin nach Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung nachweislich keine ihr zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_618/2024 vom 24. September 2025 E. 2.3, 9C_699/2024 vom 24. Oktober 2025 E. 4.2, 8C_424/2023 vom 21. Februar 2024 E. 6.2, jeweils m.w.H.), welche die vollständige Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit gewährleistet (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_92/2023

vom 18. Januar 2024 E. 5.3.3, 9C_476/2023 vom 28. März 2024 E. 4.3, 8C_631/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 5.2 und 6.3.1, 8C_13/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3.2.1 und 9C_508/2016 vom 21. November 2016 E. 5.2; vgl. zu der im gesamten Gebiet der Sozialversicherung geltenden Schadenminderungspflicht: BGE 138 V 457 E. 3.2 und BGE 113 V 22 E. 4a), ist der Beschwerdeführerin beizupflichten (vgl. act. A.1 S. 6 Ziff. II.2.c), dass die Beschwerdegegnerin korrekterweise auf den statistischen Wert der LSE, namentlich der Tabelle TA1 der LSE 2022, welche vor Erlass der angefochtenen Verfügung veröffentlicht worden ist (vgl. Tabelle TA1_tirage_skill_level, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, veröffentlicht am 29. Mai 2024; vgl. zur Anwendung der aktuellsten statistischen Daten BGE 150 V 67 E. 4.2), hätte abstellen müssen. Bezüglich der Bestimmung des Kompetenzniveaus ist zu beachten, dass gemäss Erwerbsbiografie die Beschwerdeführerin in den Jahren 2001 bis 2012 in N._____ einfache Tätigkeiten als Reinigungskraft sowie als Haushälterin ausübte (IV-act. 27 S. 2; 35). Diese Tätigkeiten führte sie nach einer kurzen Tätigkeit in einer Fabrik in der Schweiz fort (IV-act. 27 S. 2; 64) und zwar bis zum letzten effektiven Arbeitstag in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin in der B._____ am 1. Februar 2022. Gestützt auf den altersunabhängigen und geschlechtsspezifischen Wert der Zeile "Total" für Frauen des Kompetenzniveaus 1 sowie in Anwendung der geschlechtsspezifischen Nominallohnentwicklung (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_703/2019 vom 6. Oktober 2020 E. 4.3, 8C_72/2019 vom 11. Juni 2019 E. 4.1, 8C_704/2018 vom 31. Januar 2019 E. 9 und 9C_444/2018 vom 17. Oktober 2018 E. 3.1 mit Hinweis auf BGE 129 V 408; vgl. auch betreffend die per 1. Januar 2022 geltende Rechtslage: KSIR Rz. 3210 und Bemerkungen in Anhang III zu den Tabellen[blättern] T1.10, T1.1.10 und T1.2.10) ergibt dies einen an die übliche Arbeitszeit angepassten Betrag von gerundet CHF 57'060.50 ($\text{CHF } 4'367.00 \times 12 \text{ ./. } 40 \times 41.7 \times 1.018 \times 1.026$; siehe hierzu Tabelle T1.2.10, Total der Wirtschaftszweige 05-96). Unter Berücksichtigung des auch von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Pauschalabzugs von 20 %, entsprechend CHF 11'412.10, resultiert aufgrund der attestierten Arbeitsfähigkeit von 50 % ein Invalideneinkommen von CHF 22'824.20.

11.3. Die aus dem Einkommensvergleich resultierende Einkommenseinbusse beträgt CHF 51'516.00 und entspricht einem IV-Grad von 69.2976 %, gerundet 69 % (vgl. zum Runden BGE 130 V 121 E. 3). Damit steht der Beschwerdeführerin im Anschluss an die unbestrittene befristete ganze Rente mit Dauer ab dem 1. Februar 2023 bis zum 30. Juni 2024 ab dem 1. Juli 2024 eine solche von 69 % einer ganzen Rente zu (vgl. Art. 28b Abs. 2 und 4 IVG).

12. Im Ergebnis ist die Beschwerde somit teilweise gutzuheissen und die Verfügungen der IV-Stelle des Kantons Graubünden vom 29. Januar 2025 werden insoweit aufgehoben, als der Beschwerdeführerin ab dem 1. Juli 2024 eine Rente von 50 % einer ganzen Invalidenrente zugesprochen worden ist. Ihr steht ab diesem Zeitpunkt eine Rente von 69 % einer ganzen Invalidenrente zu. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

13.1. Laut Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG i.V.m. Art. 61 lit. f^{bis} ATSG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über Leistungen aus der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis CHF 1'000.00 festgelegt. Vorliegend rechtfertigt es sich, die Verfahrenskosten auf CHF 700.00 festzusetzen.

13.2. Betreffend die Kostenverteilung ist zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren zumindest dem Grundsatz nach obsiegt, weil sie mit ihrem Antrag auf eine Weiterausrichtung einer höheren als der ihr zugesprochenen Invalidenrente durchgedrungen ist, wobei das ziffernmässig bestimmte Begehren bzw. die Überklagung (ganze Invalidenrente) keine massgeblichen Auswirkungen auf den Prozessaufwand hatte. Somit besteht ein Anspruch auf eine ungekürzte Parteientschädigung (vgl. BGE 117 V 401 E. 2c; Urteile des Bundesgerichts 8C_281/2022 vom 24. Oktober 2022 E. 7.1, 8C_449/2016 vom 2. November 2016 E. 3.1.1, 9C_288/2015 vom 7. Januar 2016 E. 4.2, 9C_178/2011 vom 20. Mai 2011 E. 3.3.1, 8C_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 4.1 und 9C_580/2010 vom 16. November 2010 E. 4.1). Diese Rechtsprechung des Bundesgerichts betrifft die Parteientschädigung gemäss Art. 61 lit. g ATSG und findet kein Pendant zur Verlegung der Gerichtskosten im Sinne von Art. 69 Abs. 1^{bis} letzter Satz IVG. Mangels gegenteiliger Regelungen im Bundesrecht und in Nachachtung von Art. 61 Ingress ATSG ist das kantonale (Verfahrens-)Recht und somit die Regelung in Art. 72 ff. VRG massgebend (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_176/2020 vom 9. April 2021 E. 3, 9C_254/2018 vom 6. Dezember 2018 E. 2.1, 8C_304/2018 vom 6. Juli 2018 E. 4.2 und 8C_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 4.2). Gemäss Art. 73 Abs. 1 VRG hat in einem Rechtsmittelverfahren in der Regel die unterliegende Partei die Kosten zu tragen. Bei der vorliegenden Konstellation, in der ein reformatorischer Entscheid gefällt wird und die Beschwerdeführerin die Weiterausrichtung einer höheren Invalidenrente erreichen konnte, rechtfertigt sich eine Verlegung der Gerichtskosten in Analogie zur rechtsprechungsgemässen Festsetzung der (ungekürzten) Parteientschädigung (vgl. PVG 2020 Nr. 7; Urteile des Verwaltungsgerichts des

Kantons Graubünden S 22 48 vom 12. Juli 2022 E. 6 und S 20 27 vom 23. Februar 2021 E. 12). Entsprechend sind die Gerichtskosten in der Höhe von CHF 700.00 vollumfänglich der Beschwerdegegnerin zu überbinden.

13.2. Die Beschwerdeführerin hat gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zulasten der Beschwerdegegnerin. Die Bemessung der Entschädigung erfolgt ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, wobei der zeitliche Aufwand der Rechtsvertretung regelmässig durch die Schwierigkeit des Prozesses mitbestimmt wird. Im Übrigen wird die Bemessung der Parteientschädigung gemäss Art. 61 Ingress ATSG nach dem kantonalen Recht bestimmt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_455/2022 vom 13. November 2023 E. 11.3.1, 9C_519/2020 vom 6. Mai 2021 E. 2.2, 9C_64/2019 vom 25. April 2019 E. 4, 9C_714/2018 vom 18. Dezember 2018 E. 9.2 und 9C_321/2018 vom 16. Oktober 2018 E. 6.1). Gemäss Art. 78 VRG i.V.m. Art. 2 HV (Honorarverordnung; BR 310.250) wird die Parteientschädigung nach Ermessen des Gerichts festgesetzt, wobei es grundsätzlich von dem in der Honorarnote geltend gemachten (und als angemessen zu betrachtenden) Aufwand sowie vom (üblichen) Stundenansatz ausgeht.

13.3. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin reichte aufforderungsgemäss am 25. April 2025 eine Honorarnote ein (vgl. act. G.2). Das geltend gemachte Honorar beläuft sich auf insgesamt CHF 3'637.40 (bestehend aus einem Aufwand von 11 Stunden und 40 Minuten à CHF 280.00 [CHF 3'266.85] zzgl. Spesen von 3 % [CHF 98.00] und 8.1 % MWST [CHF 272.55]). Der geltend gemachte Arbeitsaufwand erscheint angemessen und die angewendete Spesenpauschale von 3 % ist nicht zu beanstanden. Allerdings liegt keine Honorarvereinbarung im Recht, weshalb der geltend gemachte Stundenansatz praxisgemäss auf CHF 240.00 zu kürzen ist (vgl. statt vieler PVG 2022 Nr. 20 E. 7.2.3). Unter Berücksichtigung der einschlägigen Rechtsprechung hiervoor (vgl. Erwägung 13.2) ist eine aussergerichtliche Entschädigung von CHF 3'117.70 (11 Stunden und 40 Minuten à CHF 240.00 [CHF 2'800.10] zzgl. Spesen von 3 % [CHF 84.00] und 8.1 % MWST [CHF 233.60]) als angemessen zu erachten, welche durch die Beschwerdegegnerin an die Beschwerdeführerin zu leisten ist.

Es wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen und die Verfügungen der IV-Stelle des Kantons Graubünden vom 29. Januar 2025 werden insoweit aufgehoben, als A._____ ab dem 1. Juli 2024 eine Rente von 50 % einer ganzen Invalidenrente zugesprochen worden ist. Ihr wird ab diesem Zeitpunkt eine Rente von 69 % einer ganzen Invalidenrente zugesprochen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Kosten von CHF 700.00 gehen zulasten der IV-Stelle des Kantons Graubünden.
3. Die IV-Stelle des Kantons Graubünden hat A._____ aussergerichtlich mit CHF 3'117.70 (inkl. Spesen und MWST) zu entschädigen.
4. [Rechtsmittelbelehrung]
5. [Mitteilungen]