



Obergericht des Kantons Graubünden
Dretgira superiura dal chantun Grischun
Tribunale d'appello del Cantone dei Grigioni

Urteil vom 20. Juli 2026

mitgeteilt am 7. August 2026

Referenz SV1 26 25 und SV1 26 26

Instanz Erste sozialversicherungsrechtliche Kammer

Besetzung Pedretti, Vorsitz
von Salis und Bäder Federspiel
Hemmi, Aktuarin

Parteien **A. _____**
Beschwerdeführerin
vertreten durch Fürsprecher lic. iur. Daniel Küng

gegen

Sozialversicherungsanstalt des Kantons Graubünden
IV-Stelle, Ottostrasse 24, 7001 Chur
Beschwerdegegnerin

Gegenstand Versicherungsleistungen nach IVG und Invalidenrente

Sachverhalt

A. A._____, geboren 1968, meldete sich erstmals im August 2000 unter Hinweis auf psychische Beschwerden und Schwindel bei der IV-Stelle des Kantons Graubünden (nachfolgend: IV-Stelle) zum Leistungsbezug an. Mit Verfügung vom 9. November 2001 sprach Letztere ihr eine ganze Invalidenrente ab dem 1. August 2000 zu und bestätigte diese am 28. Februar 2006 sowie am 18. März 2011.

B. Im Rahmen des im März 2016 eingeleiteten Revisionsverfahrens liess die IV-Stelle A._____ polydisziplinär bei der B._____ begutachten (nachfolgend: B._____-Gutachten). Die Gutachter stellten keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und befanden A._____ sowohl in ihrer letzten Tätigkeit als Filialeiterin als auch in einer angepassten Tätigkeit für voll arbeitsfähig. Daran hielten sie auch mit Stellungnahme vom 22. Mai 2018 fest.

C. Mit Verfügung vom 16. August 2018 stellte die IV-Stelle die Ausrichtung der Invalidenrente mangels versicherungsmedizinisch relevantem Gesundheitsschaden ein. Die dagegen von A._____ erhobene Beschwerde wies das ehemalige Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden mit Urteil S 18 124 vom 28. Mai 2020 ab. Dieser Entscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

D. Nach einem Nichteintretensentscheid vom 10. März 2022 meldete sich A._____ im August 2023 abermals bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an. Letztere tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere liess sie A._____ polydisziplinär in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Neuropsychologie, Rheumatologie, Pneumologie und Psychiatrie begutachten, wobei der Auftrag der C._____ zugeteilt wurde (nachfolgend: C._____-Gutachten). Zudem wurde eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) durchgeführt. In der am 1. Februar 2026 erstatteten Expertise wiesen die Gutachterin und Gutachter eine leichte Einschränkung im Bereich der verbalen Langzeitgedächtnisfähigkeit mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus. Sie erachteten A._____ in der bisherigen Tätigkeit zu 70 % und in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig.

E. Mit Vorbescheid vom 20. Februar 2026 stellte die IV-Stelle A._____ die Abweisung ihres Leistungsbegehrens in Aussicht. Zum Abklärungsergebnis hielt sie fest, gemäss Gutachten sei eine volle Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten zumutbar, weshalb kein Anspruch auf eine Invalidenrente ausgewiesen sei. Mit Verfügung vom 20. April 2026 entschied die IV-Stelle wie vorbeschieden und verneinte in Abweisung des Leistungsbegehrens einen Anspruch auf eine

Invalidenrente. Zudem hatte sie bereits zuvor mit Verfügung vom 23. März 2026 einen Anspruch von A._____ auf berufliche Massnahmen abschlägig beurteilt.

F. Gegen beide Entscheide liess A._____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 4. Mai 2026 Rechtsmittel beim Obergericht des Kantons Graubünden einlegen (Verfahren SV1 26 25 betreffend berufliche Massnahmen und Verfahren SV1 26 26 betreffend Invalidenrente), wobei sie in deren Aufhebung beantragte, ihr sei eine ganze Invalidenrente ab wann rechtens, spätestens ab Februar 2024, zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Heilung der Gehörsverletzung und subeventualiter zur Einholung eines polydisziplinären Obergutachtens mit anschliessender Neuentscheidung an die IV-Stelle zurückzuweisen. Subsubeventualiter seien ihr berufliche Massnahmen zuzusprechen. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Vereinigung der Beschwerdeverfahren sowie um unentgeltliche Prozessführung und Verbeiständung. In der Begründung machte sie eine Verletzung der sich aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör ergebenden Begründungspflicht geltend und übte in verschiedener Hinsicht Kritik am Gutachten der C._____ vom 1. Februar 2026. Dieses stelle keine rechtsgenügende Grundlage für die Abweisung ihrer Gesuche um Rentenzusprache und Ausrichtung von beruflichen Massnahmen dar. Vielmehr sei ihr aufgrund einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit eine ganze Rente ab Februar 2024 zuzusprechen. Zumindest bestehe jedoch ein Invaliditätsgrad von 20 % und damit ein Anspruch auf berufliche Massnahmen.

G. Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) schloss in ihrer Vernehmlassung vom 26. Mai 2026 auf Abweisung der Beschwerden und nahm in ablehnender Weise zu den Vorbringen der Beschwerdeführerin Stellung. Zudem sprach sie sich für eine Verfahrensvereinigung aus.

H. Mit verfahrensleitender Verfügung vom 28. Mai 2026 wurden die Beschwerdeverfahren SV1 26 25 und SV1 26 26 vereinigt.

I. Am 25. Juni 2026 replizierte die Beschwerdeführerin bei unveränderten Anträgen.

J. Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Eingabe vom 30. Juni 2026 auf die Einreichung einer Duplik.

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 23. März 2026 und vom 20. April 2026 stellen solche anfechtbare Verfügungen der Invalidenversicherung und folglich taugliche Anfechtungsobjekte für Verfahren vor dem Obergericht des Kantons Graubünden dar. Die sachliche Zuständigkeit des Obergerichts bzw. gerichtsintern die Zuständigkeit der Ersten sozialversicherungsrechtlichen Kammer ergibt sich aus Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a VRG (BR 370.100) sowie Art. 6 Abs. 1 lit. a OGV (BR 173.010). 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 Beschwerden wurden 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. Streitgegenstand bildet die Frage, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Massnahmen bzw. auf eine Invalidenrente zu Recht abschlägig beschieden hat. Letzterer entstünde angesichts der Anmeldung im August 2023 gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab dem 1. Februar 2024 (d.h. sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs), sofern – neben den anderen Voraussetzungen (vgl. Art. 28 Abs. 1 IVG) – bis dahin das Wartejahr erfüllt war (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Dabei gelangen nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (vgl. 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 ab dem 1. Januar 2022 (vgl. Übergangsbestimmungen des IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020 und Übergangsbestimmungen der IVV [SR 831.201] zur Änderung vom 3. November 2021; siehe ferner Rz. 9100 des Kreisschreibens über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022 [Stand: 1. Januar 2025; <<https://sozialversicherungen.admin.ch/de/d/18452>>]) bzw. die ab dem 1. Januar 2024 (vgl. Änderung vom 18. Oktober 2023 [AS 2023 635] und entsprechende Übergangsbestimmung in der IVV) geltenden Normen zur Anwendung.

3.1. Vorab ist auf die formelle Rüge der Beschwerdeführerin einzugehen, wonach ihr Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt worden sei, weil die Beschwerdegegnerin in den angefochtenen Verfügungen ihrer Begründungspflicht nicht nachgekommen sei. Soweit sie dabei jedoch bemängelt, die Gutachter hätten

weder das Tätigkeitsprofil ihrer bisherigen Tätigkeit als Filialleiterin noch die Arbeitsunfähigkeit in dieser und in einer adaptierten Tätigkeit einleuchtend begründet (vgl. act. A.1 S. 7 f.), übt sie im Kern Kritik am durch die Beschwerdegegnerin eingeholten C.____-Gutachten vom 1. Februar 2026, welche materieller Natur ist (vgl. dazu nachfolgende Erwägungen 7 ff.). In formeller Hinsicht ist lediglich der Einwand zu behandeln, wonach sich die Beschwerdegegnerin in den angefochtenen Verfügungen weder zu den Vergleichseinkommen noch zum Invaliditätsgrad geäußert habe, weshalb diese Entscheide aufzuheben seien (vgl. act. A.1 S. 8).

3.2. Die aus Art. 29 Abs. 2 BV fließende behördliche Begründungspflicht verlangt zwar nicht, dass sich eine Behörde mit allen von einer Partei vorgebrachten Argumenten auseinandersetzt. Um den Vorgaben von Art. 29 Abs. 2 BV zu genügen, muss die Begründung allerdings so abgefasst sein, dass sich die betroffenen Personen über die Tragweite des angefochtenen Entscheids Rechenschaft geben und ihn in voller Kenntnis der Sache an die höhere Instanz weiterziehen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde leiten liess und auf die sich ihr Entscheid stützt. Dabei kann sich die Behörde auf die für den Entscheid wesentlichen Punkte beschränken und muss sich nicht mit allen Parteistandpunkten explizit und einlässlich befassen (vgl. statt vieler: BGE 150 III 1 E. 4.5, 149 V 156 E. 6.1, 146 II 335 E. 5.1 und 138 I 232 E. 5.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_130/2025 vom 26. Januar 2026 E. 4.1.1).

3.3. Diesen Anforderungen vermögen die vorliegend angefochtenen Verfügungen nicht zu genügen. Insbesondere in der Rentenverfügung vom 20. April 2026 liess es die Beschwerdegegnerin dabei bewenden auszuführen, dass der Beschwerdeführerin gestützt auf das eingeholte polydisziplinäre Gutachten eine volle Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten zumutbar sei, weshalb kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe (vgl. IV-act. 307). Gleichermassen verneinte sie mangels invaliditätsbedingtem Minderverdienst von mindestens 20 % mit Verfügung vom 23. März 2026 einen Anspruch auf Umschulung (vgl. IV-act. 305). Angaben zu den herangezogenen Vergleichseinkommen fehlen indes; ebenso wenig nahm die Beschwerdegegnerin einen Einkommensvergleich zur Bemessung des Invaliditätsgrads vor. Diesen Mangel räumte sie denn auch in ihrer Vernehmlassung vom 26. Mai 2026 ein und holte die Bezifferung des Validen- und Invalideneinkommens nach, auf deren Grundlage sie den Invaliditätsgrad berechnete. Konkret ermittelte sie gestützt auf das zuletzt im Jahr 1999 erzielte Einkommen von CHF 40'100.00 ein auf das Jahr 2026 indexiertes Einkommen ohne

Invalidität von CHF 54'447.04 und ein anhand der Tabellenlöhne der Lohnstrukturhebung (LSE) des Bundesamts für Statistik bei einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten und einem Pauschalabzug von 10 % bemessenes Jahreseinkommen mit Invalidität von CHF 52'439.17, woraus sie einen Invaliditätsgrad von 4 % errechnete, welcher unter den jeweiligen Schwellen von 40 % bzw. 20 % liege (vgl. act. A.2 S. 3 und S. 7 sowie Beilage mit Einkommensvergleich vom 20. Mai 2026 [act. C.1]).

3.4. Der durch Art. 29 Abs. 2 BV garantierte Anspruch auf rechtliches Gehör ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung formeller Natur. Grundsätzlich führt daher seine Verletzung ungeachtet der Erfolgsaussichten in der Beschwerdesache selbst zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids (vgl. BGE 149 I 91 E. 3.2 und 144 I 11 E. 5.3). Nach der Rechtsprechung ist es jedoch (ausnahmsweise) zulässig, Verfahrensfehler wie eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Rechtsmittelverfahren zu heilen bzw. die unterbliebene Gewährung des rechtlichen Gehörs nachzuholen. Dies setzt voraus, dass die Verletzung nicht besonders schwer wiegt und der Betroffene die Möglichkeit hat, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die zur freien Prüfung aller Sachverhalts- und Rechtsfragen berechtigt ist. Der Heilung zugänglich sind insbesondere Verstösse gegen die Begründungspflicht. Unter den genannten Voraussetzungen ist darüber hinaus – im Sinne einer Heilung des Mangels – selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör von einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (vgl. BGE 147 IV 340 E. 4.11.3, 145 I 167 E. 4.4 und 137 I 195 E. 2.3.2; Urteile des Bundesgerichts 8C_754/2024 vom 5. Dezember 2025 E. 2.2 und 9C_276/2024 vom 22. Mai 2025 E. 4.2).

3.5. Im hier zu beurteilenden Fall beruft sich die Beschwerdegegnerin in ihrer Vernehmlassung vom 26. Mai 2026 auf die Möglichkeit, dass eine – ihrer Ansicht nach leichte – Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör durch die Rechtsmittelinstanz geheilt werden könne, und macht geltend, dafür sprächen prozessökonomische Gründe (vgl. act. A.2 S. 3 f.). Dabei ist ihr darin beizupflichten, dass eine Heilung des vorliegenden Mangels im Rechtsmittelverfahren vor dem Obergericht, dem die zur Beurteilung der Angelegenheit notwendige Überprüfungsbefugnis hinsichtlich Rechtsverletzungen und Sachverhaltsfeststellungen zusteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_754/2024

vom 5. Dezember 2025 E. 2.2), mithin kein Kognitionsgefälle besteht, möglich ist. Auch handelt es sich bei der mangelbehafteten Begründung in der Regel nicht um eine besonders schwerwiegende Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör, zumal den angefochtenen Verfügungen zusammen mit den Akten immerhin zu entnehmen war, dass die Beschwerdegegnerin von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten ausging (vgl. IV-act. 307, C.____-Gutachten vom 1. Februar 2022 [IV-act. 290 S. 119 ff.] und Case Report vom 20. April 2026 [IV-act. 308 S. 13 ff.]). Damit musste die Beschwerdeführerin davon ausgehen, dass dem (nicht bezifferten) Valideneinkommen ein hohes Einkommen mit Invalidität gegenübergestellt wurde, so dass letztlich kein Minderverdienst von mehr als 40 % für einen Anspruch auf eine Invalidenrente resp. von 20 % für einen Umschulungsanspruch resultierte. Zudem hat die Beschwerdegegnerin im vorliegenden Beschwerdeverfahren in ihrer Vernehmlassung die entsprechenden Angaben zu den Vergleichseinkommen nachgereicht und den Invaliditätsgrad bestimmt (vgl. act. A.2 S. 7 samt Beilage mit Einkommensvergleich vom 20. Mai 2026 [act. C.1]). Ihre Überlegungen zur Sachlage und zum Anspruch auf Versicherungsleistungen wurden somit hinlänglich bekannt und die Beschwerdeführerin hatte im Rahmen des Schriftenwechsels Gelegenheit, dazu Stellung zu nehmen sowie ihre eigene Sichtweise in das Verfahren einzubringen. Insofern könnte das streitberufene Gericht den vorliegenden Formmangel heilen. Angesichts des Verfahrensausgangs erübrigen sich allerdings Weiterungen dazu (vgl. Erwägung 9 hernach).

4.1. 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).

4.2. 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 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).

4.3. 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. Kann das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen nicht oder nicht hinreichend genau bestimmt werden, so wird das Einkommen ohne Invalidität nach statistischen Werten nach Art. 25 Abs. 3 für eine Person bei gleicher Ausbildung und entsprechenden beruflichen Verhältnissen festgelegt (Art. 26 Abs. 4 IVV). 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). Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit von 50 % oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert 10 % für Teilzeitarbeit abgezogen (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV mit Verweis auf Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV in der bis zum 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung). Gemäss dem seit dem 1. Januar 2024 in Kraft getretenen

Abs. 3 von Art. 26^{bis} IVV werden neben dem genannten Abzug für Teilzeitarbeit vom statistisch bestimmten Wert pauschal 10 % abgezogen (vgl. Satz 1).

4.4. 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). Zudem sieht Art. 28 Abs. 1^{bis} IVG vor, dass eine Rente nach Abs. 1 nicht zugesprochen wird, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1^{bis} und 1^{ter} nicht ausgeschöpft sind. 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 %

5.1. Im Sozialversicherungsrecht gilt grundsätzlich der Untersuchungsgrundsatz, wobei die Auskunftspflicht 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; KIESER, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 5. Aufl. 2024, Art. 43 Rz. 14 ff. und Rz. 96 ff.). Die Untersuchungspflicht gilt sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch grundsätzlich

im kantonalen Gerichtsverfahren (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Sie 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.; Urteile des Bundesgerichts 9C_138/2024 vom 3. Juli 2024 E. 4.4, 9C_484/2022 vom 11. Januar 2023 E. 4.2, 8C_288/2021 vom 26. Oktober 2021 E. 3.2.1 und 8C_398/2018 vom 5. Dezember 2018 E. 3.1). 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).

5.2. 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. Im strukturierten Beweisverfahren ist der Nachweis des funktionellen Schweregrades und der Konsistenz der Gesundheitsschädigung unter Verwendung sogenannter Indikatoren zu erbringen (vgl. Rz. 1105 KSIR). 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 Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen*» und «*Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck*» (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1.3; Rz. 1105 KSIR bzw. Anhang I [des KSIR]).

6.1. Vorliegend verneinte die Beschwerdegegnerin in den angefochtenen Verfügungen vom 23. März 2026 und vom 20. April 2026 einen Anspruch auf eine Invalidenrente und auf berufliche Massnahmen, da der Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % zumutbar sei (vgl. IV-act. 307

und IV-act. 305). Dabei stützte sie sich insbesondere auf das C.____-Gutachten vom 1. Februar 2026 ab (vgl. IV-act. 290).

6.2.1. 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 substanziell wie möglich begründet bzw. nimmt sie 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; Urteile des Bundesgerichts 9C_36/2026 vom 16. März 2026 E. 4.3.1, 9C_428/2025 vom 7. November 2025 E. 2.2, 8C_142/2023 vom 18. September 2023 E. 6.1, 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).

6.2.2. 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 140 V 8 E. 2.2.1.3, 134 V 231 E. 5.1 und 125 V 351 E. 3a; Urteile des Bundesgerichts 9C_428/2025 vom 7. November 2025 E. 2.2, 8C_112/2025 vom 5. November 2025 E. 3 und 8C_380/2021 vom 21. Dezember 2021 E. 3.2).

6.2.3. 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 (vgl. 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_272/2025 vom 11. Februar 2026 E. 2.2, 8C_76/2025 vom 3. November 2025 E. 5.1, 8C_513/2024 vom 15. April 2025 E. 2.4 und 8C_161/2024 vom 30. Januar 2025 E. 5.1). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll die Richterperson 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.; Urteile des Bundesgerichts 8C_659/2024 vom 28. Januar 2026 E. 5.1, 8C_28/2025 vom

7. Juli 2025 E. 5.2.1, 8C_302/2024 vom 20. Dezember 2024 E. 8.3.1 und 8C_502/2022 vom 17. April 2023 E. 5).

6.3. Demnach ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das C.____-Gutachten vom 1. Februar 2026 abgestellt hat oder ob konkrete Indizien gegen dessen Zuverlässigkeit sprechen bzw. dieses von der übrigen medizinischen Aktenlage in Zweifel gezogen wird. Während die Beschwerdegegnerin dieses als schlüssig und nachvollziehbar erachtet (vgl. IV-act. 307 sowie act. A.2 S. 4), zweifelt die Beschwerdeführerin dessen Beweiswert an.

7.1. Mit Blick auf die allgemeinen Beweisanforderungen (vgl. Erwägung 6.2.2 hiervor) ist festzustellen, dass das C.____-Gutachten vom 1. Februar 2026 in Kenntnis der Akten (vgl. IV-act. 290 S. 5 ff. und S. 213 f.) und der von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden sowie dem Krankheitsverlauf ergangen ist (vgl. IV-act. 290 S. 104 ff., S. 140 f., S. 166 ff., S. 214 ff., S. 263 ff., S. 316 ff. und S. 353 f.). Es basiert auf eigenen klinischen, testologischen, bildgebenden und laborchemischen Untersuchungen (vgl. IV-act. 290 S. 147 ff., S. 178 ff., S. 217 ff., S. 284 ff., S. 324 ff. und S. 363 ff.). Die Gutachterin und Gutachter nahmen ferner zu den streitigen Belangen Stellung (vgl. IV-act. 290 S. 107 ff., S. 149 ff., S. 185 ff., S. 235 ff., S. 290 ff., S. 328 ff. und S. 367 ff.). Dabei wiesen sie in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung eine leichte Einschränkung im Bereich der verbalen Langzeitgedächtnisfähigkeit, ohne dass die Kriterien einer ICD-Diagnose, insbesondere einer leichten kognitiven Störung (ICD-10 F06.7), vollständig erfüllt wären, mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus. Ohne Einfluss darauf seien namentlich folgende Diagnosen (vgl. IV-act. 290 S. 112 ff.):

- Chronische Kopfschmerzen, nicht näher bezeichnet (ICD-10 R51)
- Dysästhesie-/Schmerzsyndrom in der linken Leisten-/Oberschenkelregion bei unklarer Zuordnung (ICD-10 R20.2: «*Parästhesien der Haut*»; Differentialdiagnose: ICD-10 R52.2 «*sonstiger chronischer Schmerz*»)
- Ganzkörperschmerz bzw. generalisierte Schmerzangaben ohne neurologisch plausibles Muster (ICD-10 R52.2)
- Chronisches vertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.9) bei Dekonditionierung und Haltungsinsuffizienz, Unkarthrosen und Facettengelenksarthrosen der Halswirbelsäule (ICD-10 M47.2), beginnenden Facettengelenksarthrosen und Spondylarthrosen der Lendenwirbelsäule (ICD-10 M47.26) und Arthrose der Sakroiliakalgelenke beidseits (ICD-10 M19.9)
- Mögliches Fibromyalgiesyndrom, Diagnose jedoch nicht zu sichern (ICD-10 M79.7V)
- Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2)
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Zu den funktionellen Auswirkungen hielten die Gutachterin und Gutachter fest, die neuropsychologischen Ergebnisse zeigten eine vereinzelte leichte Auffälligkeit im Bereich der verbalen Langzeitgedächtnisfähigkeit, jedoch kein konsistentes, systematisches oder domänenspezifisches Muster, das auf eine kognitive Störung gemäss dem aktuell geltenden Klassifikationssystem ICD-10 hinweise (vgl. IV-act. 290 S. 114). In der Beurteilung der Konsistenz und Plausibilität wiesen die Gutachterin und Gutachter aus interdisziplinärer Sicht Verdeutlichungstendenzen aus, wobei auch eine teilweise Aggravation nicht sicher auszuschliessen sei. Belastende Hinweise auf eine Simulation verneinten sie jedoch (vgl. IV-act. 290 S. 107 ff.). Letztlich wiesen sie eine Gesamtarbeitsfähigkeit von 70 % in der bisherigen Tätigkeit als Filialleiterin und eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit aus (vgl. IV-act. 290 S. 116 ff.).

7.2. Die Beschwerdeführerin kritisiert das C.____-Gutachten vom 1. Februar 2026 in mehrfacher Hinsicht. Zwar trifft zu, dass in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung das Tätigkeitsprofil ihrer angestammten Tätigkeit als Filialleiterin in einer Videothek nicht näher definiert wurde (vgl. IV-act. 290 S. 116), und im neuropsychologischen Teilgutachten, dessen Ergebnisse funktionelle Auswirkungen zeitigten, bei der Arbeitsfähigkeitseinschätzung in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit irrtümlicherweise jene als Filialmitarbeiterin in einem Videoverleih angegeben wurde (vgl. IV-act. 290 S. 245). Dies ist allerdings bereits insoweit zu relativieren, als der neuropsychologische Gutachter im Rahmen der von ihm erhobenen beruflichen Anamnese gestützt auf die Akten und die Angaben der Beschwerdeführerin korrekterweise festhielt, dass Letztere zuletzt eine lukrative Tätigkeit als Filialleiterin im Bereich Verkauf und Vermietung von Videos ausgeübt habe und somit als Ressource über Erfahrungen im Verkauf mit Führungsverantwortung verfüge (vgl. IV-act. 290 S. 216). Auch anderen Gutachtern war aufgrund ihrer anamnestischen Erhebungen bekannt, dass die Beschwerdeführerin als Filialleiterin einer Videothek für den Verleih und Verkauf von audiovisuellen Medien verantwortlich war, direkten Kundenkontakt hatte und die Administration und das Rechnungswesen erledigte (vgl. IV-act. 290 S. 173 f., S. 199, S. 279 f., S. 358 und S. 381 f.). Letztlich wies denn auch der neuropsychologische Gutachter in der Konsensbeurteilung eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Filialleiterin und nicht als Filialmitarbeiterin aus (vgl. IV-act. 290 S. 116). Dass es sich bei der angestammten Tätigkeit – wie die Beschwerdeführerin vorbringt (vgl. act. A.1 S. 7) – um eine einfache, repetitive Arbeit handeln soll, vermag insbesondere aufgrund der Führungsverantwortung für die Filiale, der Bedienung und Beratung der Kundschaft sowie der Erledigung sämtlicher Administrativaufgaben nicht zu überzeugen (vgl.

Arbeitszeugnis vom 31. März 2000 [IV-act. 159 S. 5]). Angesichts dieses anspruchsvollen Anforderungsprofils ist auch plausibel, dass der neuropsychologische Gutachter aufgrund der festgestellten leichtgradig verminderten Verarbeitungs- und Reaktionsgeschwindigkeit, insbesondere unter zeitkritischen Bedingungen (vgl. IV-act. 290 S. 245), eine entsprechend von ihm angegebene Leistungsminderung auf die bisherige Tätigkeit als Filialleiterin bezog, keine solche jedoch in einer optimal leidensangepassten Tätigkeit auswies, welche er als Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt mit bevorzugt strukturierten Arbeitsabläufen und überschaubarem Anforderungsprofil sowie mit Wechsel zwischen Routine- und Konzentrationsphasen umschrieb (vgl. IV-act. 290 S. 247 f.), und in welcher die kognitiven Defizite vollständig kompensiert werden können. So kann die Beschwerdeführerin gemäss neuropsychologischem Teilgutachten in solchen Verweistätigkeiten denn auch ihre erhaltenen Ressourcen ausschöpfen: Sie verfüge über eine intakt ausgeprägte sprachliche Verständigungs- und Verständnisfähigkeit in deutscher Sprache sowie über eine erhaltene Lern- und Planungsfähigkeit. Sie könne Handlungsanweisungen über längere Zeit zuverlässig umsetzen, wesentliche von unwesentlichen Informationen sicher unterscheiden und aufgrund ihres unauffällig ausgeprägten logischen Denkvermögens sachgerecht Aufgaben bearbeiten. Mit strukturierten Arbeitsabläufen und einem überschaubaren Anforderungsprofil würden eine effiziente Nutzung der neurokognitiven Ressourcen unterstützt und eine stabile, verlässliche Aufgabenerfüllung im Rahmen der vorhandenen Leistungsfähigkeit ermöglicht. Zudem könnten durch einen Wechsel zwischen Routine- und Konzentrationsphasen leichte konzentrationsschwankungen ausgeglichen und die Aufmerksamkeitsleistung stabil auf Normniveau aufrechterhalten werden (vgl. IV-act. 290 S. 247 f.).

7.3. Im Übrigen ist zum neuropsychologischen Teilgutachten anzumerken, dass darin in diagnostischer Hinsicht ausgeführt wurde, die vorliegenden neuropsychologischen Ergebnisse zeigten eine vereinzelte leichte Auffälligkeit im Bereich der verbalen Langzeitgedächtnisfähigkeit, jedoch kein konsistentes, systematisches oder domänenspezifisches Muster, das auf eine kognitive Störung gemäss dem aktuell geltenden Klassifikationssystem ICD-10 hinweise. Der neuropsychologische Gutachter konnte demnach – wie auch der psychiatrische Experte (vgl. IV-act. 290 S. 332) – keinen Hinweis auf eine kognitive Störung nach ICD-10, insbesondere keine leichte kognitive Störung gemäss ICD-10 F06.7, feststellen. Dies begründete er damit, dass mindestens zwei Domänen objektiv beeinträchtigt sein müssten (z.B. Gedächtnis und Aufmerksamkeit oder Aufmerksamkeit und Exekutivfunktionen), um die Diagnose ICD-10 F06.7 vergeben zu können, wobei eine isolierte Verlangsamung nicht ausreiche. Die erhöhte

Reaktionszeit und die intraindividuelle Leistungsvariabilität könnten vorliegend im Kontext des subjektiv geltend gemachten Schmerzerlebens interpretiert werden. Es ergäben sich indes ausdrücklich keine Hinweise auf eine strukturelle Störung im Sinne einer Diagnose ICD-10 F06.7 (vgl. IV-act. 290 S. 244 f.). Auch in der Konsensbeurteilung wurde entsprechend eine leichte Einschränkung im Bereich der verbalen Langzeitgedächtnisfähigkeit ausgewiesen, wozu festgehalten wurde, diese erfülle nicht die vollständigen Kriterien einer ICD-Diagnose, insbesondere nicht eine leichte kognitive Störung gemäss ICD-10 F06.7 (vgl. IV-act. 290 S. 112). Vor diesem Hintergrund erscheint demnach fraglich, weshalb dennoch – letztlich zugunsten der Beschwerdeführerin – auf eine verminderte Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Filialleiterin geschlossen wurde. Denn eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann rechtsprechungsgemäss immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 418 E. 6 und E. 8.1, 143 V 409 E. 4.5.2 und 141 V 281 E. 2.1). Die Diagnose muss lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützt sein (siehe 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]; vgl. ferner BGE 136 V 279 E. 3.2.1, 131 V 49 E. 1.2 sowie 130 V 396 E. 6.6.2 und E. 6.3; Urteile des Bundesgerichts 8C_13/2024 vom 9. September 2024 E. 6.3.1, 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 (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 m.H.; Urteile des Bundesgerichts 8C_43/2023 vom 29. November 2023 E. 5.1, 8C_544/2022 vom 3. März 2023 E. 2.4, 9C_468/2021 vom 13. Dezember 2021 E. 2.2.2, 8C_415/2021 vom 13. Oktober 2021 E. 4.1 und 9C_311/2021 vom 23. September 2021 E. 4.2; siehe zum Ganzen: KIESER, a.a.O., Art. 7 Rz. 20 ff.). Vorliegend gelang es dem neuropsychologischen Gutachter nicht, bei der Beschwerdeführerin eine Erkrankung gemäss den anerkannten diagnostischen Kriterien nach ICD-10 auszumachen. Zudem hielt er in funktioneller Hinsicht fest, es lasse sich ein weitgehend unbeeinträchtigtes neurokognitives Funktionsprofil feststellen (vgl. IV-act. 290 S. 244 f.). Zur leichtgradig verminderten Verarbeitungs- und Reaktionsgeschwindigkeit (vgl. ebenda) ist dabei relativierend anzuführen,

dass der neuropsychologische Gutachter selber festhielt, diese habe in der Regel keine gravierenden funktionellen Folgen bzw. es ergäben sich dadurch keine relevanten Einschränkungen in der Alltagsbewältigung; lediglich unter zeitkritischen Bedingungen könne es zu geringfügigen, jedoch kompensierbaren Verlangsamungen kommen. Ausserdem benötige die Beschwerdeführerin abwechslungsreiche Tätigkeiten mit klar strukturierten Schritten, mit wechselnden Arbeitselementen und einer moderaten kognitiven Komplexität bzw. einem moderaten Zeitdruck (vgl. IV-act. 290 S. 237 ff.). Zur leichtgradig eingeschränkten verbalen Gedächtnisfähigkeit hielt der neuropsychologische Gutachter ferner fest, es zeige sich eine modalitätsspezifische verbale Gedächtnisbeeinträchtigung, während die visuellen Gedächtnisfunktionen weitgehend intakt seien. Dabei wirke sich bei den verbalen Merkschwierigkeiten das erhaltene visuelle Gedächtnis klar kompensatorisch aus, wobei visuelle Hilfen, schriftliche Instruktionen und strukturierte Lernstrategien eingesetzt werden könnten (vgl. IV-act. 290 S. 240). Mangels lege artis gestellter Diagnose mit klaren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erscheint somit fraglich, ob in neuropsychologischer Hinsicht überhaupt von einer Invalidität gesprochen werden kann. Hinzu kommt, dass auch anlässlich der aktenkundigen neuropsychologischen Untersuchung im März 2023 im Neurozentrum D._____ weitgehend unauffällige Resultate bezüglich mnestischer, exekutiver und Wahrnehmungsfunktionen festgestellt wurden (vgl. Bericht von Dr. phil. E._____ vom 27. März 2023 [IV-act. 201 S. 4 ff.]; siehe ferner auch B._____ -Gutachten vom 8. Januar 2018 [IV-act. 100 S. 78 f.]).

7.4. Während die Beschwerdeführerin im Weiteren bei gewissen Diagnosen – zumindest soweit sie adäquat behandelt würden – anerkennt, dass sie keine funktionellen Auswirkungen zeitigen, bemängelt sie bei anderen, im C._____ -Gutachten vom 1. Februar 2026 als solche ausgewiesenen Diagnosen, dass nicht verständlich sei, weshalb diese ohne funktionelle Relevanz sein sollten (vgl. act. A.1 S. 9 f.). Soweit sie dabei in rheumatologischer und neurologischer Hinsicht kritisiert, es seien keine Rücksprachen mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten erfolgt (vgl. act. A.1 S. 9 ff.), ist ihr im Allgemeinen entgegenzuhalten, dass die Notwendigkeit einer Fremdanamnese in erster Linie eine Frage innerhalb des medizinischen Kompetenzbereichs ist, wobei die ärztlichen Gutachtenspersonen diesbezüglich über einen grossen Spielraum verfügen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_69/2025 vom 22. Dezember 2025 E. 4.2, 8C_318/2024 vom 23. Januar 2025 E. 4.1.2, 8C_156/2023 vom 26. Januar 2024 E. 4.3.1 und 9C_282/2023 vom 28. August 2023 E. 4.2.7). Vorliegend standen der Gutachterin und den Gutachtern denn auch die aktenkundigen Berichte der behandelnden (Fach-)Personen ab dem Jahr 1999 zur Verfügung, was die Notwendigkeit,

fremdanamnestische Auskünfte einzuholen, relativiert (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_318/2024 vom 23. Januar 2025 E. 4.1.2 und 8C_73/2023 vom 28. Juni 2023 E. 10.2.1). Dabei fällt ausserdem ins Gewicht, dass in keinem dieser Berichte ein Fibromyalgiesyndrom, auch nicht bloss als Verdachtsdiagnose, festgestellt worden war, womit sich Rückfragen von vornherein erübrigten. Damit bestehen auch keine vorbefundlichen Hinweise auf eine Fibromyalgie in den aktenkundigen Berichten der behandelnden (Fach-)Ärztinnen und Ärzte und noch viel weniger finden sich eine Auseinandersetzung und Abklärung der diagnoserelevanten Kriterien (vgl. hierzu American College of Rheumatology [ACR], 2016 Revisions to the 2010/2011 Fibromyalgia Diagnostic Criteria, abrufbar unter: <<https://acrabstracts.org/abstract/2016-revisions-to-the-20102011-fibromyalgia-diagnostic-criteria/>> [besucht am 20. Juli 2026]; siehe ferner <<https://flexikon.doccheck.com/de/Fibromyalgie>> und <<https://www.pschyrembel.de/fibromyalgie/> K07RS> [besucht am 20. Juli 2026]). Die rheumatologische C.____-Gutachterin befand zwar, dass die ACR-Klassifikationskriterien für ein Fibromyalgiesyndrom pro forma überwiegend erfüllt seien (vgl. IV-act. 290 S. 370). In der Folge führte sie jedoch entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin mehrere Gründe an, weshalb sie die entsprechende Diagnose nicht stellen konnte, auch wenn sie nicht vollständig ausgeschlossen werden könne. So spreche gegen eine sichere Diagnose der bei dieser Erkrankung häufig beobachtete soziale Rückzug, welcher bei der Beschwerdeführerin nicht gefunden werden könne (vgl. ebenda). Soweit die Beschwerdeführerin dies im vorliegenden Beschwerdeverfahren in Abrede zu stellen scheint (vgl. act. A.1 S. 10), kann ihr gestützt auf ihre eigenen Angaben anlässlich der Begutachtung nicht gefolgt werden. So führte sie an verschiedener Stelle an, sozial gut eingebunden zu sein, eine tragende Beziehung mit ihren Söhnen, ihrer Schwester sowie weiteren Familienangehörigen zu pflegen, einen Freundeskreis zu haben, mit einer guten Freundin im Ausland zu telefonieren, Besuche zu erhalten und einmal pro Woche an einem Spielabend bei einem Kollegen teilzunehmen (vgl. IV-act. 290 S. 144 f., S. 175 ff., S. 215 f., S. 221, S. 223, S. 320, S. 354 und S. 359), weshalb gutachterlicherseits nachvollziehbar auf erhaltene soziale Kontakte geschlossen werden konnte (vgl. IV-act. 290 S. 115, S. 146, S. 198, S. 299, S. 322, S. 339, S. 361 und S. 372). Neben Begleiterkrankungen, wie degenerative Wirbelsäulenveränderungen und Dekonditionierung, welche einen Teil der Beschwerden erklären bzw. beeinflussen dürften (vgl. IV-act. 290 S. 371), relativierte die rheumatologische Gutachterin aufgrund der festgestellten Inkonsistenzen und Diskrepanzen die im Fragebogen für die Diagnosestellung eines Fibromyalgiesyndroms gemachten Angaben der Beschwerdeführerin (vgl. IV-act. 290 S. 370). Konkret stellte die Gutachterin eine

Diskrepanz zwischen den beklagten Beschwerden und den objektiven körperlichen Beeinträchtigungen in der Untersuchung fest. Des Weiteren sei nicht ganz schlüssig, weshalb die Medikamentenspiegel trotz der deutlich beklagten Beschwerden eher gering zu sein scheinen. Zudem sei widersprüchlich, dass die Beschwerdeführerin sich nicht in der Lage sehe, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen, zugleich aber ihren Haushalt, wenn auch in Etappen, dennoch weitgehend selbstständig führen könne. Überdies sei medizinisch nicht schlüssig, wenn die Beschwerdeführerin einen Druckschmerz im Bereich der Fingergelenke der linken Hand angebe, bei der Untersuchung eines Gaenslen-Zeichens Schmerzen im gleichen Bereich aber verneine. Auffallend sei ferner eine freie Beweglichkeit im Bereich der Schultergelenke beim Ausziehen des Pullovers über Kopf ohne verbale oder mimische Schmerzäußerung im Gegensatz zur doch verlangsamten und leidenden Mimik der gleichen Bewegung im Rahmen der körperlichen Untersuchung (vgl. IV-act. 290 S. 368 f.). Die rheumatologische Gutachterin befand gestützt darauf, dass eine Aggravation nicht sicher ausgeschlossen werden könne (vgl. IV-act. 290 S. 369), was auch im Rahmen der Konsensbeurteilung bei ausgewiesenen Verdeutlichungstendenzen festgehalten wurde (vgl. IV-act. 290 S. 111). Denn so wurden auch in anderen Fachdisziplinen und in somatischer Hinsicht insbesondere im neurologischen Teilgutachten relevante Diskrepanzen zwischen der geschilderten Schwere der Beschwerden und der objektivierbaren Beeinträchtigung bzw. zwischen den geltend gemachten Einschränkungen und dem in der klinischen Untersuchung erkennbaren Funktionsverhalten festgestellt. Konkret führte der neurologische Gutachter aus, es habe sich eine deutliche Diskrepanz zwischen der geschilderten Intensität der Beschwerden (u.a. wiederholt angegebene Schmerzintensität im Bereich 8-9/10) und der Vagheit bzw. Unschärfe der Beschwerdedarstellung gezeigt. Mehrere Beschwerden seien übergreifend, unspezifisch und teils bildhaft-bizarr beschrieben worden, ohne dass eine klare, neuroanatomisch plausible Zuordnung oder eine reproduzierbare, konsistente Beschreibung der Symptomatik möglich gewesen sei. Dies betreffe auch die Angaben zu Ganzkörperschmerzen sowie zu dysästhetischen Beschwerden im Bereich des linken Oberschenkels, die in der Untersuchung eine atypische und wechselnde Ausdehnung über mehrere Nerven- bzw. Dermatomenterritorien als auch eine mittellinige Begrenzung gezeigt hätten. Insgesamt sei die Beschwerdebeschreibung dadurch in wesentlichen Teilen nur begrenzt operationalisierbar und einer standardisierten klinischen Plausibilitätsprüfung nur eingeschränkt zugänglich gewesen. Eine weitere Diskrepanz habe zwischen den als massiv geschilderten subjektiven Beschwerden und einer in der Untersuchung nur begrenzt objektivierbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigung bestanden. Zwar sei im Untersuchungsablauf wiederholt ein

ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten mit Unterbrechungen und Abbrüchen, begleitet von situativ aufgetretenem Ächzen und Stöhnen, gezeigt worden. Gleichzeitig seien diese Ausdrucksformen aber nicht durchgängig gewesen, sondern seien selektiv in bestimmten Untersuchungsphasen bzw. Pausensituationen während der Exploration aufgetreten. Hinweise auf eine kontinuierliche vegetative Beanspruchung oder einen durchgehend erschöpften Zustand hätten sich in der Untersuchung nicht finden lassen. Dies sei nicht als Gegenbeweis für Beschwerden zu werten, sondern stelle einen Inkonsistenzhinweis dar, soweit in der Schilderung ein überwiegend dauerhafter schwerer Zustand angegeben werde. Hinsichtlich der berichteten Einschränkungen habe sich kein durchgehend gleichmässiges Muster einer global verminderten Belastbarkeit gezeigt, wie es bei schweren somatisch-neurologischen Beeinträchtigungen zu erwarten wäre. Einzelne Funktionsprüfungen seien mit Hinweis auf starkes Brennen abgebrochen worden, während in anderen Situationen bzw. unter Ablenkung eine regelrechte Belastung einzelner Strukturen beobachtbar gewesen sei. Zudem habe sich – bei insgesamt hoher subjektiver Belastungsdarstellung – ein gegenüber der Schilderung nicht vollständig kongruentes Bild in der Alltagsbewältigung und im psychosozialen Funktionsniveau gezeigt. Es hätten sich Hinweise auf eine grundsätzlich erhaltene Handlungsfähigkeit in Alltagsbereichen ergeben, indem die Beschwerdeführerin von Spielabenden und einer erst im Dezember 2025 unternommenen Flugreise nach Serbien berichtet habe. Insgesamt resultiere aus den dargestellten Inkonsistenzen eine eingeschränkte Validität (vgl. IV-act. 290 S. 189 f.). Schliesslich wurde auch im Rahmen der durchgeführten EFL eine erhebliche Symptomausweitung mit Selbstlimitierung festgestellt. Die Konsistenz und das Schmerzverhalten der Beschwerdeführerin seien mässig und das Leistungsverhalten sowie die Beschreibung von Schmerzen und Einschränkungen seien schlecht gewesen. Die Beschwerdeführerin habe sich bei fast allen Tests selbst limitiert und nur eine minimale Leistung gezeigt. Sie habe sich auch in nicht betroffenen Bereichen nicht bis an eine beobachtbare funktionelle Leistungsgrenze belasten lassen. Es sei aufgefallen, dass sie bei jedem Test laut geatmet, geseufzt und gestöhnt, oft in Zeitlupe hantiert habe und beinahe jeden Test abgebrochen habe, bevor ihre funktionelle Leistungslimite habe beobachtet werden können. Es sei daher davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung hätte erbracht werden können, als bei den Leistungstests gezeigt worden sei (vgl. IV-act. 290 S. 380). Da die für die Diagnostik einer Fibromyalgie angewendeten Fragebogen, konkret der Widespread Pain Index und die Symptom Severity Scale, auf den anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin beruhen (vgl. <<https://flexikon.doccheck.com/de/Fibromyalgie>> und

<<https://www.pschyrembel.de/fibromyalgie/> K07RS> [besucht am 20. Juli 2026]), war angesichts der gutachterlicherseits beschriebenen Diskrepanzen und Inkonsistenzen insbesondere hinsichtlich der geschilderten, massiven Intensität der Beschwerden, der im Gegensatz dazu objektivierbaren Befunden, der fehlenden gleichmässigen Einschränkungen des Aktivitätsniveaus, des verminderten Leidensdrucks und der niedrigen Medikamentenspiegel im Lichte der übersteigerten Verdeutlichungstendenz eine gewisse Vorsicht bei der Interpretation der dabei erzielten Ergebnisse angezeigt. Angesichts dieser medizinischen Sachlage erweist es sich entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin als plausibel, wenn das Vorliegen einer Fibromyalgie im C.____-Gutachten vom 1. Februar 2026 zwar nicht gänzlich ausgeschlossen wurde, letztlich aber auch nicht sicher gestellt werden konnte (vgl. IV-act. 290 S. 370 f.). Da somit kein klar feststellbares Fibromyalgiesyndrom vorliegt, das auch von keiner der behandelnden Ärztinnen und Ärzten diagnostiziert wurde, erwies sich auch eine entsprechende Standardindikatorenprüfung als entbehrlich (vgl. BGE 145 V 215 E. 7, 143 V 418 E. 6 f. und E. 8.1, 143 V 409 E. 4.5.2 f. und 141 V 281 E. 2; Urteile des Bundesgerichts 8C_803/2023 vom 27. März 2026 E. 4.4.1, 8C_43/2023 vom 29. November 2023 E. 5.2, 8C_103/2022 vom 10. Mai 2022 E. 2.3, 8C_153/2021 vom 10. August 2021 E. 5.4.1, 8C_62/2020 vom 22. September 2020 E. 4.3 und 8C_415/2018 vom 12. Dezember 2018 E. 4.2).

7.5. Unbegründet ist sodann der beschwerdeführerische Einwand zur gutachterlichen Einordnung des chronischen vertebrealen Schmerzsyndroms als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. So setzte sich die C.____-Gutachterin mit den aktenskundigen Bildgebungen der Wirbelsäule und des Beckens auseinander und wies gestützt darauf ein chronisches vertebrales Schmerzsyndrom mit/bei Dekonditionierung und Haltungsinsuffizienz, Unkarthrosen und Facettengelenksarthrosen der Halswirbelsäule, beginnenden Facettengelenksarthrosen und Spondylarthrosen der Lendenwirbelsäule sowie Arthrose der Sakroiliakalgelenke beidseits aus (vgl. IV-act. 290 S. 355, S. 363 ff. und S. 370). Zudem hielt sie im Rahmen der medizinischen Beurteilung namentlich fest, dass im körperlichen Untersuchungsbefund (vgl. dazu IV-act. 290 S. 363 ff.) keine typischen Hinweise für degenerative Veränderungen vorlägen, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit begründen würden (vgl. IV-act. 290 S. 367). Dass dabei wesentliche Aspekte bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sein sollen, wird weder geltend gemacht noch ist dies ersichtlich. Ferner zeigt sich bereits anhand des Anforderungsprofils an die bisherige Tätigkeit als Filialleiterin einer Videothek, welches insbesondere im Rahmen der durchgeführten EFL detailliert wurde, dass diese Befunde ohne

funktionelle Relevanz sind. Denn gemäss den Schilderungen der Beschwerdeführerin handelte es sich bei der angestammten Tätigkeit um eine sehr leichte oder leichte Arbeit. Sie beschrieb die Tätigkeit als wechselbelastend mit seltenem Hantieren von mehreren audiovisuellen Medien gleichzeitig und häufigen Arbeiten am Computer. Dabei wurde im Rahmen der EFL mit Blick auf die arbeitsbezogene funktionelle Belastbarkeit gefolgert, dass der Beschwerdeführerin eine solche sehr leichte oder leichte Tätigkeit mit seltenem Hantieren von Lasten zumutbar sei (vgl. IV-act. 290 S. 380 und S. 382). Dies erscheint auch insoweit plausibel, als trotz festgestellter erheblicher Symptomausweitung mit Selbstlimitierung bei den durchgeführten Tests, bei denen sich die Beschwerdeführerin belasten liess, keine funktionelle Einschränkung beobachtet werden konnte (vgl. IV-act. 290 S. 380). Wenn dem chronischen vertebrealen Schmerzsyndrom auch bei Vorliegen der genannten Beschwerden am Bewegungsapparat gutachterlicherseits keine funktionellen Auswirkungen zugeschrieben wurde, ist dies demnach nicht zu beanstanden. Dies gilt auch für adaptierte Tätigkeiten, da bereits die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Filialeiterin einer Videothek gemäss C.____-Gutachten im Wesentlichen einer optimal angepassten Tätigkeit entspricht (vgl. IV-act. 290 S. 373 f.).

7.6. Gleiches gilt mit Blick auf die chronischen Kopfschmerzen, das Dysästhesie-/Schmerzsyndrom in der linken Leisten- bzw. Oberschenkelregion sowie die Ganzkörperschmerzen resp. generalisierten Schmerzangaben. Der neurologische C.____-Gutachter erhob dazu eine eingehende Anamnese und die entsprechenden Untersuchungsbefunde in der Exploration, während welcher die Beschwerdeführerin weder zu Beginn schmerzgequält wirkte noch Kopfschmerzen oder Schmerzen im Bereich des linken Oberschenkels beklagte (vgl. IV-act. 290 S. 166 ff.), und äusserte sich in der medizinischen Beurteilung ausführlich zum Krankheitsverlauf der verschiedenen neurologischen Beschwerden in Berücksichtigung der aktenkundigen (fach-)ärztlichen Berichte (vgl. IV-act. 290 S. 185 ff.). Angesichts dessen ist nicht zu beanstanden, wenn er auf fremdanamnestische Auskünfte verzichtete, deren Einholung ohnehin in seinem Ermessen liegt (vgl. Erwägung 7.4 hiervor). Zudem äusserte er sich ausführlich und nachvollziehbar zur Herleitung der Diagnosen, wobei er auch die von der Beschwerdeführerin in ihrer Replik angeführten Beschwerden (Druck und Brennen im Kopf, Kopfschmerzen und Migräne sowie Schmerzen in der linken unteren Extremität; vgl. act. A.3 S. 2 samt Berichte des Kantonsspitals D.____ vom 4. Juli 2023 und 25. März 2024 [act. B.2 f.]) berücksichtigte und würdigte. Konkret führte er zu den Kopfschmerzen aus, dass die Beschwerdeführerin zwei Kopfschmerzqualitäten (holozephaler Druckschmerz sowie brennende

Missempfindungen) geschildert habe. Die Angaben erlaubten jedoch keine eindeutige Klassifikation nach ICHD-3; insbesondere fehlten konsistent dokumentierte migränetypische Kriterien (z.B. Aktivitätsverstärkung, pulsierender Charakter, Photo-/Phonophobie). Eine sichere Migränediagnose sei anhand der Angaben nicht belegbar. Aufgrund der hohen subjektiven Beschwerdelast werde symptomatisch ein chronischer Kopfschmerz (R51) erfasst. Ein konsistenter funktioneller Bezug im Sinne verlässlich nachweisbarer Leistungseinbussen habe im Begutachtungssetting nicht hergestellt werden können. In der Aktenlage fänden sich zahlreiche Kopfschmerz-Zuschreibungen, jedoch keine konsistent leitliniengerecht hergeleitete Kopfschmerzdiagnose. Die Kopfschmerzproblematik werde über Jahre hinweg deskriptiv mit wechselnden Etikettierungen und Therapieversuchen behandelt. Die Hypothese einer idiopathischen intrakraniellen Hypertension stelle die einzig klar umrissene, später explizit leitlinienbasiert verworfene Kopfschmerzdiagnose dar. Bei einem aus neurologischer Sicht leitlinienbasierten Abgleich der aktenkundigen Kopfschmerzdiagnosen unter Berücksichtigung international gebräuchlicher Kopfschmerzklassifikationen (ICHD-3) und der dokumentierten Aktenlage erfüllten die aktenkundig postulierten Kopfschmerzsyndrome die notwendigen Kriterien nie vollständig. Eine leitliniengerecht gesicherte spezifische Kopfschmerzdiagnose eines primären Kopfschmerzes lasse sich anhand der Angaben der Beschwerdeführerin und der Aktenlage nicht stellen. Rein deskriptiv bestehe eine überlappende Kopfschmerzsymptomatik mit möglichen migränösen Anteilen, wahrscheinlichen Spannungskopfschmerzkomponenten und einer nicht durchgehend objektivierbaren Modulation durch Schmerzmitteleinnahme. Ein «*New daily persistent headache*» zeige einen klar umschriebenen, sehr häufig nahezu auf den Tag genau verinnerlichten Beginn, was in casu nicht vorliege. Täglich auftretende trigemino-autonome Kopfschmerzen seien durch ihre streng halbseitige Lokalisation auszuschliessen. Für einen sekundären Kopfschmerz habe sich gleichfalls keine kriterienbasierte Evidenz ergeben. Intrakranielle strukturelle Ursachen, progrediente neurologische Erkrankungen oder Hinweise auf eine zentrale Druckproblematik fänden sich nicht. Das rechts frontale Meningeom verlaufe asymptomatisch und stelle einen inzidentellen Befund dar. Eine richtungsweisende Verlaufskonstellation für einen Kopfschmerz bei der aktenkundigen arteriellen Hypertonie, der Schilddrüsenstoffwechselstörung und der Polyglobulie sei nicht nachzuweisen. Die Kopfschmerzproblematik stelle sich somit als funktionell-chronifiziertes Beschwerdebild ohne objektivierbares neurologisches Korrelat dar (vgl. IV-act. 290 S. 193).

Zu den linken Leisten-/Oberschenkelbeschwerden (anamnestisch Meralgia parästhetica) hielt der neurologische Gutachter fest, dass die Beschwerdeführerin seit vielen Jahren über brennend-ziehende Beschwerden im linken Oberschenkel berichte. Klinisch habe sich jedoch keine typische Begrenzung auf das Versorgungsgebiet des Nervus cutaneus femoris lateralis gezeigt, sondern eine wechselnde Ausdehnung auch auf mediale Anteile und inguinal-/unterbauchnahe Bereiche sowie teils dermatomartige Angaben (L2/3 links). Dieses Muster sei nicht vereinbar mit einer isolierten peripheren Mononeuropathie. Daher erfolge keine Bestätigung einer Meralgia parästhetica, sondern eine symptomatische Kodierung als Parästhesie-/Schmerzsyndrom unklarer Zuordnung (vgl. IV-act. 290 S. 194). In Bezug auf den Ganzkörperschmerz führte er aus, die geschilderten generalisierten Schmerzen mit «*innerem Ziehen*», wechselnden Lokalisationen und teils bizarrer Beschreibung würden sich klinisch nicht in ein peripher-neurologisch plausibles Muster überführen lassen. Es hätten sich keine objektivierbaren sensomotorischen Defizite und kein Hinweis auf eine Polyneuropathie oder Small-Fiber-Neuropathie finden lassen, weshalb eine symptomatische Einordnung (R52.2) erfolge (vgl. IV-act. 290 S. 194).

Zusammenfassend hielt der neurologische C.____-Gutachter fest, in der Gesamtschau werde aus neurologischer Sicht keine arbeitsfähigkeitsrelevante Diagnose bestätigt. Die geltend gemachten Beschwerden seien als subjektive Symptomatik dokumentiert, die jedoch mangels konsistenter und valider Funktionsprüfung nicht in verlässlich quantifizierbare Fähigkeitsstörungen überführt werden könnten (vgl. IV-act. 290 S. 194). Dabei berücksichtigte der C.____-Experte ausdrücklich auch die von den behandelnden Ärzten verwendeten Diagnosen und hielt dazu fest, die gutachterliche Beurteilung weiche hiervon insoweit ab, als im Rahmen der aktuellen Untersuchung weder eine nach ICHD-3 hinreichend gesicherte Migränediagnose noch eine klinisch-topisch typische Meralgia parästhetica-Konstellation objektivierbar gewesen sei. Zudem sei die funktionsbezogene Befunderhebung aufgrund eingeschränkter Mitwirkung und inkonsistenter Symptompräsentation nur eingeschränkt valide gewesen, weshalb die behauptete Beschwerdeschwere nicht in ein reproduzierbares, leistungsrelevantes Störungsprofil habe überführt werden können. Die abweichende gutachterliche Einschätzung ergebe sich somit aus der fehlenden objektivierbaren und konsistent validierbaren Grundlage für eine arbeitsfähigkeitsrelevante Diagnosestellung (vgl. IV-act. 290 S. 195).

Diese Auseinandersetzung mit den aktenkundigen, divergenten Einschätzungen der behandelnden (Fach-)Ärztinnen und Ärzte erscheint im Lichte der

gutachterlichen Befunderhebung und der festgestellten Inkonsistenzen plausibel (vgl. IV-act. 290 S. 178 ff.), weshalb sich etwaige Rücksprachen mit den Behandlern entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin erübrigten. Hinsichtlich der auf neurologischem Fachgebiet gutachterlicherseits in mehreren Bereichen ausgewiesenen Diskrepanzen kann auf das hiervor bereits Ausgeführte verwiesen werden (vgl. Erwägung 7.4 hiavor). Mit Blick auf die im vorliegenden Verfahren angeführten Beschwerden ist im Besonderen hervorzuheben, dass der neurologische Gutachter eine deutliche Diskrepanz zwischen der geschilderten Intensität und der Vagheit bzw. Unschärfe der Beschwerdedarstellung feststellte. Mehrere Beschwerden seien übergreifend, unspezifisch und teils bildhaft-bizarren beschrieben worden, ohne dass eine klare, neuroanatomisch plausible Zuordnung oder eine reproduzierbare, konsistente Beschreibung der Symptomatik möglich gewesen sei. Dies betreffe auch die Angaben zu Ganzkörperschmerzen und zu den dysästhetischen Beschwerden im Bereich des linken Oberschenkels, welche in der Untersuchung eine atypische und wechselnde Ausdehnung über mehrere Nerven- bzw. Dermatomterritorien als auch eine mittellinige Begrenzung gezeigt hätten (vgl. IV-act. 290 S. 189). Auch bezüglich der beklagten Kopfschmerzen ist im Weiteren zu erwähnen, dass gemäss neurologischem Gutachter sich hinsichtlich der berichteten Einschränkungen in verschiedenen Aktivitäten kein durchgehend gleichmässiges Muster einer global verminderten Belastbarkeit, wie es bei schweren somatisch-neurologischen Beeinträchtigungen zu erwarten wäre, gezeigt habe. Auch habe – bei insgesamt hoher subjektiver Belastungsdarstellung – ein gegenüber der Schilderung nicht vollständig kongruentes Bild der Alltagsbewältigung und des psychosozialen Funktionsniveaus bestanden. Es hätten sich Hinweise auf eine grundsätzlich erhaltene Handlungsfähigkeit in Alltagsbereichen ergeben. Zudem habe die Beschwerdeführerin von Spielabenden und einer erst im Dezember 2025 unternommenen Flugreise nach Serbien berichtet (vgl. IV-act. 290 S. 189 f.). Ähnlich äusserte sich bereits der vormalige neurologische Gutachter im B.____-Gutachten vom 8. Januar 2018, indem er namentlich festhielt, die Kopfschmerzen seien gleichermassen wie die generalisierten Körperschmerzen als dysfunktionale Symptomatik zu werten, welche in keiner Weise durch organisch-neurologische Gründe plausibel gemacht werden könnten, wohl aber seien erhebliche Inkonsistenzen feststellbar bezüglich Anamnese, Befunden und im Vergleich zur Aktenlage (vgl. IV-act. 100 S. 70). Insofern erscheint plausibel, wenn der neurologische C.____-Gutachter angab, aus gutachterlicher Sicht ergebe sich ein Bild chronifizierter, überwiegend unspezifischer Beschwerden bei fehlender konsistenter Objektivierbarkeit, wobei daraus abgeleitete leistungsrelevante Einschränkungen mangels valider Funktionsprüfung und konsistenter Verlaufskorrelation nicht hinreichend belegbar

seien (vgl. IV-act. 290 S. 196). In funktioneller Hinsicht hielt er im Speziellen zur Kopfschmerzsymptomatik fest, diesbezüglich bestehe zwar eine erhebliche subjektive Beschwerdeschilderung. Die Angaben erlaubten jedoch keinen konsistenten, funktionell validierbaren Bezug zwischen behaupteter Beschwerdeschwere und objektivierbarer Alltags- und Untersuchungsfunktion. Eine Klassifikation nach ICHD-3 sei aufgrund der unvollständigen Kriterienlage nur eingeschränkt möglich. Ebenso sei in der Untersuchung keine konsistente und reproduzierbare Einschränkung mentaler Leistungsfähigkeit, Vigilanz oder Belastbarkeit objektivierbar gewesen, die als valide Folge der Kopfschmerzen gewertet werden könnte. Damit könne das behauptete Ausmass an Kopfschmerzen im Hinblick auf eine nachweisbare, leistungsrelevante Funktionsbeeinträchtigung nicht mit der erforderlichen gutachterlichen Sicherheit belegt werden (vgl. IV-act. 290 S. 197). Zum Dysästhesie- bzw. Schmerzsyndrom hielt der neurologische C.____-Gutachter ferner fest, für die als Meralgia parästhetica bezeichnete Beschwerdesymptomatik links habe sich in der klinischen Prüfung eine atypische Symptomatik gezeigt: Die angegebenen Missempfindungen hätten das typische Versorgungsgebiet des Nervus cutaneus femoris lateralis deutlich überschritten und zeitweise auch mediale Oberschenkelanteile sowie inguinal-/unterbauchnahe Regionen bzw. dermatomartige Ausdehnungen umfasst. Eine objektive Quantifizierung der daraus abgeleiteten Belastungssituationen sei aufgrund der abgebrochenen Stand- und Gangversuche und der inkonsistenten Reproduzierbarkeit funktioneller Prüfungen nicht valide möglich gewesen (vgl. ebenda). In funktioneller Hinsicht ist ausserdem beachtlich, dass es sich bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Filialleiterin einer Videothek, welche auch aus neurologischer Sicht einer optimal leidensangepassten Tätigkeit entspricht (vgl. IV-act. 290 S. 200), zusammengefasst um eine leichte Tätigkeit mit Wechselbelastung, d.h. mitunter mit namhaften sitzenden Anteilen und ohne schwere Lasten und Zwangshaltungen, handelt (vgl. Erwägung 7.5 hiervor). Der von der Beschwerdeführerin beklagten Schmerzproblematik und den gemäss ihren Angaben vor allem beim längeren Stehen auftretenden Beschwerden (vgl. IV-act. 290 S. 169) kann daher bereits mit dem entsprechenden Tätigkeitsprofil vorgebeugt bzw. begegnet werden (vgl. IV-act. 290 S. 199 f.), weshalb es nachvollziehbar erscheint, dass etwaige Funktionseinschränkungen in derart den Leiden angepassten Tätigkeiten kompensiert werden können. Dasselbe gilt, soweit die Beschwerdeführerin in ihrer Replik vorbringt, dass sie beim Sitzen aufgrund ihrer Beschwerden immer wieder aufstehen müsse (vgl. act. A.3 S. 2), wird dies doch durch das beschriebene Tätigkeitsprofil mit leichten, wechselbelastenden Arbeiten gewährleistet. Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin über nicht unerhebliche, erhaltene Ressourcen verfügt, indem sie grundsätzlich in der Lage ist, ihren Alltag

zu meistern, den Haushalt weitgehend selbstständig in Etappen zu führen, Mahlzeiten zuzubereiten, den Grosseinkauf zu tätigen, kurze Spaziergänge zu machen, zahlreiche Termine wahrzunehmen, soziale Kontakte zu pflegen, an Spielabenden teilzunehmen und in den Urlaub zu reisen (vgl. IV-act. 290 S. 144 ff., S. 175 ff., S. 215, S. 281 ff., S. 320 ff. und S. 360 f.). Insoweit ist nicht zu beanstanden, wenn der neurologische C.____-Gutachter folgerte, es hätten sich keine konsistent objektivierbaren Defizite und kein strukturell-neurologisches Korrelat finden lassen, welche eine arbeitsrelevante Einschränkung mit der erforderlichen gutachterlichen Sicherheit begründen würden (vgl. IV-act. 290 S. 191).

7.7. Des Weiteren wies der psychiatrische C.____-Gutachter neben einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) aus (vgl. IV-act. 290 S. 332). Zur Herleitung dieser Diagnosen äusserte er sich ausführlich und nachvollziehbar, insbesondere auch gestützt auf den von ihm anlässlich der Exploration umfassend erhobenen Psychostatus (vgl. IV-act. 290 S. 324 ff.; siehe dazu auch die nachfolgenden Ausführungen), wobei er auch die von der Beschwerdeführerin anlässlich der Exploration und in ihrer Replik angeführten, langjährigen Durchschlafstörungen (vgl. act. A.3 S. 2) berücksichtigte und würdigte. Konkret führte er zur Anpassungsstörung aus, dabei handle es sich um Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung infolge einer identifizierbaren psychosozialen Belastung von einem nicht aussergewöhnlichen oder katastrophalen Ausmass (Kriterium A. einer Anpassungsstörung nach ICD-10). Es träten Symptome und Verhaltensstörungen auf, wie sie bei den affektiven Störungen, den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen, als auch bei den Störungen des Sozialverhaltens vorkämen, ohne jedoch das Ausmass einer einzelnen Störung zu erreichen oder deren Kriterien zu erfüllen (Kriterium B.). Bei der Beschwerdeführerin zeigten sich seit vielen Jahren anhaltende psychosoziale Belastungsfaktoren, insbesondere eine konflikthafte und gewaltbelastete Herkunftsfamilie, ein früher sexueller Missbrauch, langjährige eheliche Konflikte mit aggressivem Partner, die spätere Scheidung, chronische somatische Beschwerden sowie eine langdauernde berufliche und soziale Dekonditionierung. Diese Belastungen wirkten kumulativ und hätten wiederholt zu psychischen Reaktionen mit depressiver Verstimmung, Angst, erhöhter Stresssensitivität, subjektiver Erschöpfbarkeit und funktionellen Einschränkungen geführt. Die Symptomatik sei in ihrem zeitlichen Verlauf plausibel an belastende Lebensereignisse und anhaltende psychosoziale Stressoren gebunden und zeige eine deutliche affektive und vegetative Reaktionskomponente, ohne dass durchgehend das Vollbild einer

schweren affektiven oder psychotischen Erkrankung erfüllt wäre. Im aktuellen psychopathologischen Befund zeige sich die Beschwerdeführerin wach, bewussteinklar und vollständig orientiert. Auffassung, Aufmerksamkeit, Konzentration und formales Denken seien regelrecht; objektivierbare kognitive Einschränkungen oder Denkstörungen bestünden nicht. Es fänden sich keine Hinweise auf Wahnerleben, anhaltende Sinnestäuschungen, Ich-Störungen oder andere psychotische Symptome. Affektiv bestehe eine gedrückte Stimmung mit vermindertem Selbstwert bei erhaltener Affektmodulation und regelrechter Affektamplitude. Antrieb und Psychomotorik seien in der Untersuchungssituation unauffällig, subjektiv werde jedoch eine erhöhte Erschöpfbarkeit angegeben. Ängste bestünden inhaltlich bezogen auf die Zukunft und die finanzielle Situation, ohne situationsinadäquate Ausprägung, ohne phobische Vermeidung sowie ohne aktuelle Panikattacken. Zwangssymptome seien nicht explorierbar. Es bestünden Durchschlafstörungen sowie ein leichtgradiger sozialer Rückzug. Suizidgedanken oder -intentionen würden verneint. Damit ergebe sich psychopathologisch eine leichtgradige, unspezifische affektive Symptomatik mit depressiver Verstimmung, Sorgen und subjektiver Belastung bei erhaltener Realitätsprüfung, intakter Ich-Struktur und weitgehend erhaltener Alltags- und Leistungsfähigkeit. Die Symptomkonstellation erreiche weder hinsichtlich Schweregrad noch betreffend Struktur die Kriterien einer depressiven Episode oder einer eigenständigen Angststörung und zeige keine Hinweise auf eine psychotische oder organische Störung. Das klinische Bild sei somit am ehesten als belastungsreaktive psychische Symptomatik zu werten und erfülle in Zusammenschau die Kriterien einer Anpassungsstörung nach ICD-10 (vgl. IV-act. 290 S. 332 f.; siehe auch IV-act. 290 S. 324 ff. und S. 334 f.; vgl. ferner DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 209 ff.).

Zudem diskutierte der psychiatrische C.____-Gutachter differenzialdiagnostisch auch das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung und hielt dazu fest, zwar seien in der Vergangenheit wiederholt mittelgradige bis schwere depressive Episoden diagnostiziert worden. Diese liessen sich jedoch anhand der dokumentierten psychopathologischen Befunde nur teilweise nachvollziehen. Aktuell ergebe sich klinisch und testpsychologisch lediglich eine leichtgradige depressive Symptomatik, welche die Ausprägung und Dauer einer eigenständigen depressiven Episode jedoch nicht erfülle und besser als reaktive affektive Symptomatik im Rahmen einer Anpassungsstörung zu verstehen sei (vgl. IV-act. 290 S. 334).

Im Weiteren führte der psychiatrische Gutachter zur chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren aus, dabei handle es sich um seit mindestens sechs Monaten anhaltende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, deren Ausgangspunkt in nachweisbaren somatischen Erkrankungen liege, wobei psychischen Faktoren eine wesentliche Bedeutung für Schweregrad, Exazerbation sowie Aufrechterhaltung der Schmerzsymptomatik zukomme, ohne dass diese die primäre Ursache darstellten. Bei der Beschwerdeführerin bestünden seit vielen Jahren persistierende Schmerzangaben, insbesondere in Form von chronischen Kopf-, Oberschenkel- und Fussbeschwerden mit brennender und parästhetischer Qualität. Zwar lägen einzelne somatische Diagnosen vor (u.a. Status nach Schädel-Hirn-Trauma in der Vorgeschichte, Morton-Neurom, Meralgia parästhetica). Diese vermöchten jedoch weder die Ausprägung noch die Chronifizierung noch die subjektiv berichtete Generalisierung der Beschwerden hinreichend zu erklären. Die Schmerzsymptomatik bestehe unabhängig von objektivierbaren Befundschwankungen, zeige eine deutliche Parallelität zu psychischen Belastungen und sei eingebettet in eine langjährige affektive und angstbezogene Symptomatik mit depressiver Grundstimmung, erhöhter Stressvulnerabilität, Erschöpfbarkeit und somatischer Fixierung. Psychische Faktoren würden damit eine wesentliche Rolle bei der Wahrnehmung, Bewertung und Aufrechterhaltung der Schmerzen einnehmen. Die Ergebnisse der EFL vom Januar 2026 stünden im Einklang mit der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Insgesamt seien die Kriterien nach ICD-10 erfüllt (vgl. IV-act. 290 S. 334).

Diese diagnostischen Ausführungen erweisen sich als nachvollziehbar. Demgegenüber legte der psychiatrische C.____-Experte allerdings nicht näher dar, weshalb die lege artis gestellten psychiatrischen Diagnosen keine funktionellen Auswirkungen zeitigten. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betont insbesondere bei psychischen Leiden, dass eine den Anforderungen des strukturierten Beweisverfahrens genügende medizinische Grundlage sich zur Ausprägung der funktionellen Leistungseinbussen äussern muss (vgl. BGE 148 V 49 E. 6.2.2; Urteile des Bundesgerichts 8C_520/2024 vom 27. März 2025 E. 3, 8C_516/2024 vom 25. Februar 2025 E. 2.3 und 9C_557/2023 vom 18. Dezember 2023 E. 2.3). Bei der Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren (vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3 und 143 V 418 E. 6; Urteile des Bundesgerichts 8C_122/2023 vom 26. Februar 2024 E. 2.4, 9C_293/2021 vom 23. Dezember 2021 E. 2.3 und 9C_10/2021 vom 15. Juni 2021

E. 3.3.2). Vorliegend hat der psychiatrische C.____-Gutachter das Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin entgegen der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht anhand der massgebenden Standardindikatoren beurteilt, sondern es dabei bewenden lassen auszuführen, dass bei fehlenden validierten versicherungsmedizinisch relevanten Diagnosen im psychiatrischen Fachgebiet keine funktionellen Auswirkungen zu diskutieren seien (vgl. IV-act. 290 S. 339). Da auch die in den Akten liegenden fachärztlichen Berichte keine umfassende Beurteilung anhand der systematisierten Indikatoren erlauben, präsentiert sich der rechtserhebliche Sachverhalt insofern als ungenügend abgeklärt. Eine sachverständige Auseinandersetzung mit den genannten Standardindikatoren (vgl. dazu Erwägung 5.2 hiervor) ist somit nachzuholen. Soweit der psychiatrische C.____-Gutachter ausführte, dass die Fähigkeiten und Funktionen nach Mini-ICF-App nicht wesentlich beeinträchtigt seien (vgl. IV-act. 290 S. 339), ist darauf hinzuweisen, dass die Mini-ICF-APP rechtsprechungsgemäss bloss eine Ergänzung darstellt; die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage sind im Einzelfall anhand von Standardindikatoren zu prüfen (vgl. BGE 148 V 49 E. 6.3; Urteile des Bundesgerichts 8C_664/2019 vom 8. April 2020 E. 4.3.1 und 9C_157/2019 vom 28. Oktober 2019 E. 4.3).

Ferner sind auch weitere Abklärungen zur retrospektiven Arbeitsfähigkeitseinschätzung angezeigt. Die behandelnde Psychiaterin wies in ihrem Bericht vom 29. September 2023 insbesondere eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), aus und hielt in Bezug auf den am 11. September 2023 erhobenen psychopathologischen Befund was folgt fest: *«Bewusstseinsklar zu allen Qualitäten orientiert; kognitive Defizite mit Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, zusätzlich stark schmerzbedingt; im Affekt stark niedergestimmt; Zukunftsängste; Schuldgefühle und Gefühl der Wertlosigkeit; im Antrieb stark antriebsgehemmt; im formalen Gedankengang denkgehemmt und auf ihre aktuelle Situation eingeengt; kein Anhalt für inhaltliche Denkstörungen; Störungen der Vitalgefühle; Insomnie; sozialer Rückzug; rezidivierende suizidale Gedanken, kann sich von akuter Suizidalität distanzieren.»* Zusammenfassend führte sie aus, angesichts der fachärztlicherseits begründeten Diagnosen und des aktuell erhobenen Psychostatus bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit sowohl in angestammter als auch in angepasster Tätigkeit (vgl. IV-act. 200). Dazu hielt der psychiatrische C.____-Gutachter im Zusammenhang mit dem zeitlichen Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen bzw. angepassten Tätigkeit fest, im Aktenkonvolut lasse sich erst ab dem Bericht vom 29. September 2023 eine

relevante Diagnose im IV-Kontext plausibel nachvollziehen. Es sei ab dem 11. September 2023 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Eine Beurteilung der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit ab diesem Zeitpunkt sei retrospektiv nicht plausibel möglich. Daneben stünden formale Arbeitsunfähigkeiten im Rahmen von Hospitalisationen. Ab Erstellung dieses Gutachtens könne mit Sicherheit nicht von einer beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (vgl. IV-act. 290 S. 341 f.; siehe auch die Ausführungen zum zeitlichen Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit in der Konsensbeurteilung [IV-act. 290 S. 118 und S. 121]; vgl. ferner IV-act. 290 S. 338 f.). Mithin ging der psychiatrische C._____-Experte von einer ab September 2023 bestehenden, psychopathologisch nachvollziehbaren 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und einer adaptierten Tätigkeit aus, wobei er den weiteren Verlauf nicht plausibel beurteilen konnte. Diesbezüglich fehlen denn auch entsprechende fachärztliche Berichte in den Akten. Insofern ist die Frage des retrospektiven Verlaufs des Gesundheitszustands sowie der Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin ab September 2023 in psychiatrischer Hinsicht noch nicht geklärt, weshalb sich der rechtserhebliche Sachverhalt auch in diesem Zusammenhang als unvollständig abgeklärt präsentiert. Somit sind diesbezügliche Abklärungen im Sinne einer Einholung fachpsychiatrischer Berichte nachzuholen und ist gestützt auf die dannzumal vollständigen medizinischen Unterlagen eine Neubeurteilung der retrospektiven Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit ab September 2023 durch eine sachverständige Person vorzunehmen. Gestützt darauf ist sowohl die Frage der Erfüllung des Wartjahres als auch ein allfälliger Anspruch auf eine Invalidenrente bzw. auf berufliche Massnahmen zu beurteilen.

8.1. Erachtet das zuständige Sozialversicherungsgericht – wie hier – eine Sache in medizinischer Hinsicht als ungenügend abgeklärt und somit auch die seitens der Verwaltung vorgenommene Beweismwürdigung als unvollständig, verbleibt ihm auch nach der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung die Möglichkeit, die Sache an den zuständigen Versicherungsträger zurückzuweisen, anstatt ein gerichtliches Gutachten zur Klärung einer offenen Frage in Auftrag zu geben. Ein solches ist in der Regel namentlich dann einzuholen, wenn ein (im Verwaltungsverfahren anderweitig) erhobener medizinischer Sachverhalt überhaupt für *«gutachterlich abklärungsbedürftig»* gehalten wird oder eine Administrativexpertise in rechtserheblichen Punkten nicht ausreichend beweismwertig ist und dieser Mangel nicht alleine durch eine Klarstellung, Präzisierung oder Gutachtensergänzung behoben werden kann (vgl. FURRER, Rechtliche und praktische Aspekte auf dem Weg zum Gerichtsgutachten in der Invalidenversicherung, SZS 1/2019 S. 4 f.; BGE 139 V 496 E. 4.4 und 137 V 210 E. 4.4.1.4 f.). Eine Rückweisung an den

Versicherungsträger steht dem Versicherungsgericht aber weiterhin in den Fällen offen, in denen die Rückweisung in der Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4; KIESER, a.a.O., Art. 44 Rz. 75).

8.2. Vorliegend ist die Beschwerdegegnerin ihrer Abklärungspflicht nicht nachgekommen, indem sie den rechtserheblichen Sachverhalt in psychiatrischer Hinsicht nur lückenhaft abgeklärt und letztlich auf das C.____-Gutachten vom 1. Februar 2026 abgestellt hat, obwohl dieses diesbezüglich keine schlüssige Beurteilung der Folgenabschätzung enthält, weshalb die massgebliche Frage des Umfangs der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bisweilen immer noch offen ist und ergänzender fachärztlicher Klärung bedarf. Letzteres gilt auch hinsichtlich der retrospektiven Arbeitsfähigkeitsbeurteilung. Da sich das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin mangels genügender Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts ebenso wenig gestützt auf die übrige Aktenlage zuverlässig und umfassend einschätzen lässt, erweist sich ein reformatorischer Entscheid im Sinne einer Zusprache von Leistungen der Invalidenversicherung, insbesondere einer Invalidenrente, wie dies von der Beschwerdeführerin im Hauptrechtsbegehren beantragt wird, als verfrüht. Im Einklang mit BGE 137 V 210 ist die Sache daher unter Aufhebung der angefochtenen Verfügungen vom 23. März 2026 und vom 20. April 2026 zu weiteren Abklärungen hinsichtlich des rechtserheblichen Sachverhalts in psychiatrischer Hinsicht an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Gestützt auf die dannzumal vollständigen medizinischen Unterlagen wird die Beschwerdegegnerin eine neue sachverständige Abklärung durch eine psychiatrische Fachperson zu veranlassen haben; von der Einholung eines polydisziplinären Gutachtens im Rahmen der Rückweisung – wie dies von der Beschwerdeführerin beantragt wird – kann nach dem Gesagten abgesehen werden. Anschliessend wird die Beschwerdegegnerin die Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin neu zu prüfen haben.

8.3. Dabei wird die Beschwerdegegnerin ebenfalls über die Durchführung von beruflichen Massnahmen zu befinden haben. Denn im Falle einer (rückwirkenden) Zusprache einer Invalidenrente sind bei deren Herabsetzung oder Aufhebung bei über 55-jährigen versicherten Personen rechtsprechungsgemäss auch dann grundsätzlich Eingliederungsmassnahmen durchzuführen, wenn über die Befristung und/oder Abstufung zeitgleich mit der Rentenzusprache befunden wird (vgl. BGE 145 V 209 E. 4.5). Im Allgemeinen gilt, dass bei Versicherten, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, nach mindestens

fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, praxisgemäss in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen sind, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten. Ausnahmen von der diesfalls grundsätzlich («*vermutungsweise*») anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich dann vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, wenn die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder wenn sie über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren. Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass die versicherte Person entgegen der Regel in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (vgl. BGE 145 V 209 E. 5.1; Urteile des Bundesgerichts 8C_431/2025 vom 20. April 2026 E. 6.2, 8C_364/2025 vom 19. Februar 2026 E. 2.2, 8C_51/2025 vom 9. September 2025 E. 5.2 und 9C_68/2025 vom 6. Juni 2025 E. 7.2).

9. Insgesamt ergibt sich, dass die Beschwerden gutzuheissen, die angefochtenen Verfügungen vom 23. März 2026 sowie vom 20. April 2026 aufzuheben sind und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

10.1. 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. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Aufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Kosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens auf CHF 700.00 fest. Gemäss ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung einer Sache zu weiteren Abklärungen und zu neuem Entscheid für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 141 V 281 E. 11.1, 137 V 210 E. 7.1 und 132 V 215 E. 6.1).

Infolge des Ausgangs des Beschwerdeverfahrens sind die Gerichtskosten somit der Beschwerdegegnerin zu überbinden (vgl. Art. 73 Abs. 1 VRG).

10.2. 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.

Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin reichte trotz Aufforderung seitens des Gerichts am 1. Juli 2026 (vgl. act. D.6) keine Honorarnote ein. In Berücksichtigung des praxisgemäss bei fehlender Einreichung einer Honorarvereinbarung geltenden Stundenansatzes von CHF 240.00 erscheint eine pauschale Parteientschädigung in der Höhe von CHF 3'500.00 (inkl. Spesen und MWST) angemessen. In diesem Umfang hat die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin aussergerichtlich zu entschädigen.

10.3. Das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Prozessführung und Verbeiständung für das vorliegende Beschwerdeverfahren wird bei diesem Verfahrensausgang gegenstandslos.

Es wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird gutgeheissen, die angefochtenen Verfügungen vom 23. März 2026 sowie vom 20. April 2026 werden aufgehoben und die Angelegenheit wird zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid an die IV-Stelle des Kantons Graubünden zurückgewiesen.
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 3'500.00 (inkl. Spesen und MWST) zu entschädigen.
4. [Rechtsmittelbelehrung]
5. [Mitteilungen]