



Fall-Nr.: IV 2025/129
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 04.09.2026
Entscheiddatum: 11.08.2026

Entscheid Versicherungsgericht, 11.08.2026

Art. 43 und 61 ATSG. Untersuchungsgrundsatz und Beweiswert eines Administrativgutachtens. Feststellung und medizinische Bewertung von Inkonsistenzen. Rückweisung zu weiteren Abklärungen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. August 2026, IV 2025/129).

«Entscheid als PDF»



Versicherungsgericht

Abteilung I

Entscheid vom 11. August 2026

Besetzung Versicherungsrichterin Corinne Schambeck (Vorsitz), Versicherungs-
richterinnen Mirjam Angehrn und Michaela Machleidt Lehmann;
Gerichtsschreiberin Felicia Sterren

Geschäftsnr. IV 2025/129

Parteien **A.____,**

Beschwerdeführerin,

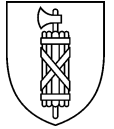
vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Irja Zuber, Procap Schweiz,
Frohbургstrasse 4, Postfach, 4601 Olten,

gegen

IV - Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368,
9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand **Rente**



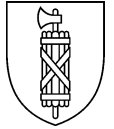
Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherte) meldete sich erstmals am 15. Mai 2000 wegen Migräne zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1 und 8-5). Nachdem die IV-Stelle das Leistungsbegehren am 3. Juni 2002 abgewiesen hatte (IV-act. 37), meldete sie sich am 28. Mai 2017 erneut an und gab an, unter Krämpfen, Fibromyalgie und Migräne zu leiden (IV-act. 51). Mit von der IV-Stelle in Auftrag gegebenem Gutachten vom 13. Februar 2020 stellten die ABI-Gutachter im Wesentlichen folgende Diagnosen: chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont (ICD-10 M54.5), Osteoporose (ICD-10 M81), rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.00), Adipositas permagna (ICD-10 E66), substituierte, präklinische Hypothyreose (ICD-10 E03.9), akutenanamnestisch chronische Migräne (ICD-10 G43.0), Dysthymie (ICD-10 F34.1), Verdacht auf dissoziative Störung, gemischt (ICD-10 F44.7), chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom mit chronischen krampfartigen Myalgien, somatisch nicht erklärbar (ICD-10 R52.9), und chronische multifaktoriell bedingte diffuse, ätiologisch nicht eindeutig klassifizierbare Muskelkrämpfe am ganzen Körper (IV-act. 171-9 ff.). Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit werde auf 75 % geschätzt (IV-act. 171-12 f.). Aufgrund einer erheblichen subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung mit deutlichem Rückzugsverhalten könnten keine spezifischen rehabilitativen Massnahmen als sinnvoll erachtet werden (IV-act. 171-13). Mit Verfügung vom 10. Juli 2020 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (IV-act. 185). Die gegen diese Verfügung gerichtete Beschwerde wies das Versicherungsgericht mit Entscheid IV 2020/186 vom 8. Juni ab (IV-act. 219; zum ausführlichen Sachverhalt siehe diesen Entscheid).

A.b Am 27. April 2021 meldete die Versicherte sich erneut bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 206). Sie war bis am 31. Mai 2017 als Produktionsmitarbeiterin bei der B.____ AG angestellt (IV-act. 207) und danach arbeitslos.

A.c Im Austrittsbericht der Klinik C.____ vom 16. Juni 2021 (IV-act. 223) über den stationären Aufenthalt der Versicherten vom 6. April bis 10. Juni 2021 erwähnten die Behandler unter anderem, die Versicherte habe im Klinikalltag Stürze durch Krämpfe gezeigt. Vom 24. März bis 22. Juli 2022 befand sich die Versicherte in stationärer Behandlung in der Psychiatrie D.____ (vgl. IV-act. 305). Mit Bericht vom 12. Dezember 2022 führte der behandelnde Psychiater, Dr. med. E.____, aus, seit dem letzten, mehrmonatigen stationären Aufenthalt der Versicherten in der Psychiatrie D.____ sei sie in der Tagesklinik F.____ integriert. Trotz dieser intensiven Therapie gehe es ihr psychisch sehr schlecht, sie sei schwer depressiv und leide an chronischen starken Rückenschmerzen. Sie fühle sich oft beobachtet und verfolgt, habe auch akustische Halluzinationen (IV-act. 306). Im Bericht der Psychiatrie D.____ vom



27. Dezember 2022 über die tagesklinische Behandlung bis 20. Oktober 2022 (IV-act. 307) führten die Behandler namentlich aus, dissoziative Krampfanfälle, welche beinahe täglich aufgetreten seien, hätten bei der Versicherten immer wieder zu körperlichen Schäden geführt. Auch während des Klinikaufenthaltes habe die Versicherte mehrmals mit Stürzen einhergehende Krampfanfälle erlitten (IV-act. 307-4). Dem Bericht der Klinik für Rheumatologie des Kantonsspitals St. Gallens vom 23. Dezember 2022 (IV-act. 309) ist zu entnehmen, dass die Polymyalgia rheumatica der Versicherten in Remission sei und sich eine gute Symptomkontrolle zeige (IV-act. 309-5).

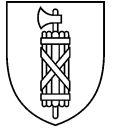
A.d Am 6. Juli 2023 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, es bestehe kein Anspruch auf berufliche Massnahmen, da gemäss den vorliegenden Informationen aufgrund ihres Gesundheitszustands derzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien (IV-act. 326).

A.e Mit Bericht vom 7. November 2023 des Stoffwechselzentrums (IV-act. 338) wurde festgestellt, dass die Osteoporose der Versicherten progredient und behandlungsbedürftig sei (IV-act. 338-2). Am 5. Dezember 2023 berichtete Dr. med. G.____, Facharzt für Neurochirurgie, alle nicht-chirurgischen Massnahmen seien bei der Versicherten probiert worden und hätten nichts gebracht. Er sei der Meinung, chirurgische Massnahmen würden die Schmerzen nicht beeinflussen (vgl. IV-act. 346). Dr. G.____ riet mithin von einer Rückenoperation ab. Vom 29. Dezember 2023 bis 30. Januar 2024 wurde die Versicherte aufgrund einer amtsärztlich angeordneten Fürsorgerischen Unterbringung (FU) wegen Selbstgefährdung und Verdacht auf paranoide Psychose in der Psychiatrie D.____ stationär behandelt (vgl. IV-act. 371).

A.f Mit Schreiben vom 31. Januar 2024 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, sie erachte zur Klärung der Leistungsansprüche eine umfassende medizinische Untersuchung (Allgemeine/Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie, Rheumatologie) als notwendig (IV-act. 359). Mit der Begutachtung wurde die Zentrum für Interdisziplinäre Medizinische Begutachtungen AG (nachfolgend: ZIMB) beauftragt (IV-act. 360; siehe auch IV-act. 370).

A.g Wegen erneuter FU aufgrund Selbstgefährdung und Belastung der Umgebung fand vom 22. März bis 2. Mai 2024 wiederum eine stationäre Behandlung in der Psychiatrie D.____ statt (vgl. IV-act. 379).

A.h Mit Gutachten vom 24. Juni 2024 attestierten die ZIMB-Sachverständigen der Versicherten folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits (ICD-10 M 54.5). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie insbesondere ein phänomenologisch depressiv-ängstlich-halluzinatorisches Zustandsbild unklarer Ätiologie, Migräne ohne Aura, Crampi unklarer Ätiologie (ICD-10 R25.8), deutliche Osteoporose (ICD-10 M81) und anamnestisch Stuhlinkontinenz Grad II bei Belastung (vgl. IV-act. 386-14 f.). Aus neurologischer Sicht hätten sich die beklagten Beschwerden in der Untersuchung nicht



widergespiegelt. Insbesondere die angegebenen Krämpfe hätten nicht erkannt oder ausgelöst werden können. Vor dem Hintergrund der beklagten zahlreichen schwersten Migräneattacken erschliesse sich nicht, warum keine anhaltende neurologische Mitbetreuung stattfinde sowie weitere medikamentöse Behandlungsversuche (mit Ausnahme von Topiramat) nicht eingeleitet worden seien (IV-act. 386-13). Aus psychiatrischer Sicht hätten erhebliche Inkonsistenzen nachgewiesen werden können (IV-act. 386-13). Aus rheumatologischer Sicht bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und in einer adaptierten Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 75 %. Aus neurologischer, psychiatrischer und allgemeininternistischer Sicht sei die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt (IV-act. 386-16). Eine der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit müsse körperlich leicht, wechselbelastend mit regelmässigen Positionswechseln sein. Längeres fixiertes Sitzen oder Stehen am Ort, stereotype Rotationsbewegungen des Oberkörpers sowie Arbeiten in anhaltender Oberkörpervorneigung oder -rückhalteposition sollten dabei vermieden werden. Bei einer Präsenz von sieben bis acht Stunden pro Tag bestehe eine leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit bei erhöhtem Pausenbedarf, welche überwiegend in der reduzierten Stundenpräsenz berücksichtigt werde (IV-act. 386-16 f.). Retrospektiv könne eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit aufgrund der akuten Polymyalgie rheumatica zwischen November 2022 bis Januar 2023 angenommen werden, anschliessend und vorher seit 2019 gelte die 75%ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 386-17).

A.i Mit Stellungnahme vom 1. Juli 2024 erachtete der RAD das ZIMB-Gutachten als beweiskräftig, sodass darauf abgestellt werden könne (IV-act. 388).

A.j Mit Vorbescheid vom 2. Juli 2024 stellte die IV-Stelle der Versicherten bei einer 75%igen Arbeitsfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten bei einem IV-Grad von 33 % (Validen- und Invalideneinkommen gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen [LSE] für Hilfsarbeiten; Pauschalabzug von 10 %) die Abweisung ihres Leistungsbegehrens in Aussicht (IV-act. 391).

A.k Gegen diesen Vorbescheid erhob die Versicherte, vertreten durch eine Fachberaterin der Procap St. Gallen-Appenzell, am 9. September 2024 Einwand, legte eine Stellungnahme des behandelnden Psychiaters, Dr. E.____s, vom 5. September 2024 bei und machte unter anderem geltend, dessen Bericht vom 20. März 2024 habe keinen Eingang in das Gutachten gefunden. Das psychiatrische Teilgutachten sei nicht beweiskräftig, sodass darauf nicht abgestellt werden könne (vgl. IV-act. 400). In der beigelegten ärztlichen Stellungnahme führte Dr. E.____ aus, er sei in keiner Weise mit der Meinung des psychiatrischen ZIMB-Gutachters (Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) einverstanden. Beim Lesen des Berichts sei von einer komplementären Gegenübertragung des Gutachters auszugehen, d.h. der Gutachter habe eine negative Einstellung zur Patientin, lege das Augenmerk vor allem auf das, was er "gegen sie verwenden" könne und verneine oder bagatellisiere Punkte, die für die Krankheit sprächen. Vielleicht sei es Zufall oder bewusstes Unterlassen, dass der



letzte Behandlerbericht vom 20. März 2024 keinen Eingang in das Gutachten gefunden habe. Darin habe Dr. E.____ z.B. die Diagnose einer Schizophrenie nach gut einem Jahr anhaltenden psychotischen Zustandsbild gestellt. Dass gar keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden sei, erscheine nach der Aktenlage sehr merkwürdig. Noch viel merkwürdiger sei die Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: phänomenologisch depressiv-ängstlich-halluzinatorisches Zustandsbild unklarer Ätiologie. Das würde ja bedeuten, dass eine Patientin, die ein depressives, ängstliches und halluzinatorisches Zustandsbild aufweise, 100 % arbeitsfähig sei, womit der Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik, wo die Versicherte zur Zeit des Gutachtertermins untergebracht gewesen sei, in Frage gestellt wäre. Dass alle Therapien und die Medikation umsonst gewesen sein sollen, könne er in keiner Weise nachvollziehen. Die Begründung Dr. H.____s betreffend die Diagnose der Schizophrenie sei psychiatrisch falsch. Diagnostisch müssten psychotische Symptome über einen längeren Zeitraum gegeben sein. Dies sei bei der Versicherten der Fall. Sie sei im Übrigen von ihrem Wahn überzeugt und durch keine Argumente vom Gegenteil zu überzeugen. Deshalb sei es zu einer FU gekommen, da sie das sichere Gefühl gehabt habe, von Männern bedroht und erstochen zu werden. Man könnte die psychotischen Symptome höchstens im Zusammenhang mit einer schweren depressiven Phase beurteilen, was die psychiatrische Klinik in ihrem Bericht beschrieben habe. Wenn psychotische Symptome bei einer Depression vorhanden seien, dann sei es immer ein schwer depressives Zustandsbild und gehe immer mit einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit einher. Dass keine psychische Erkrankung festgestellt werden könne, sei in Anbetracht dessen, dass die Versicherte für mehrere Monate auf der Psychosestation in Behandlung gewesen sei und auch heute noch ein psychotisch wahnhaftes Zustandsbild zeige, unglaublich (IV-act. 400-7 ff.).

A.I Auf Empfehlung des RAD vom 12. November 2024 (vgl. IV-act. 403) stellte die IV-Stelle dem ZIMB am 2. Dezember 2024 unter Beilage der Behandlerberichte vom 20. März und 5. September 2024 Rückfragen (IV-act. 405).

A.m Im Antwortschreiben vom 15. Januar 2025 hielten der psychiatrische und der internistische ZIMB-Gutachter fest, der Behandlerbericht vom 20. März 2024 habe zum Zeitpunkt der Exploration nicht vorgelegen, jedoch ein aktueller Bericht der psychiatrischen Klinik I.____ vom 29. April 2024, der sich von jenem kaum unterscheide. Folglich ergebe sich aus dem Behandlerbericht kein neuer Sachverhalt. In seinem Schreiben vom 5. September 2024 überziehe Dr. E.____ den psychiatrischen ZIMB-Gutachter mit diversen Unterstellungen bis hin zum Lügenvorwurf. Dem solle auf einer technischen Ebene entgegengetreten werden mit einer kurzen Erläuterung über die versicherungsmedizinische Herangehensweise. Im versicherungsmedizinischen Kontext sei es unter anderem Aufgabe des Gutachters, alle vorhandenen Quellen zu würdigen, in diesem Rahmen auch eine Konsistenzprüfung vorzunehmen und zu einer Beurteilung zu kommen. Als Beweisgrad gelte die überwiegende Wahrscheinlichkeit. Wie im Gutachten ausführlich dargestellt, habe bei der Versicherten eine



psychiatrische Diagnose nicht mit einer solchen überwiegenden Wahrscheinlichkeit festgestellt werden können, denn die Inkonsistenzen seien auf diversen Ebenen einfach zu gross gewesen. Mangels einer psychiatrischen Diagnose sei in der Folge die Arbeitsunfähigkeit nicht festzustellen gewesen. Eine weitere Auseinandersetzung mit den einzelnen Punkten würde sich erübrigen. Am bestehenden Gutachten könne vollumfänglich festgehalten werden (IV-act. 408).

A.n Mit Stellungnahme vom 28. Februar 2025 kam der RAD zum Schluss, aus versicherungsmedizinischer Sicht könne auf das ZIMB-Gutachten weiterhin abgestellt werden (IV-act. 411). Anlässlich einer interdisziplinären Fallbesprechung vom 10. April 2025 (IV-act. 412) hielt der RAD fest, die Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung sei per definitionem eine chronische Erkrankung. Sie könne sich symptomlos zeigen, verschwinde aber nicht. Wünschenswert wäre gewesen, der Experte hätte im aktuellen psychiatrischen Teilgutachten eine rezidivierende depressive Störung ggw. remittiert, festgehalten, statt der Diagnose phänomenologisch depressiv-ängstlich-halluzinatorisches Zustandsbild unklarer Ätiologie. Aus medizinischer Sicht verhalte sich der psychiatrische Sachverhalt dadurch inhaltlich jedoch nicht anders. Eine Verbesserung des psychischen Zustandes sei nachvollziehbar, zumal der rheumatologische ZIMB-Gutachter ebenfalls eine Besserung der somatischen Arbeitsfähigkeit festhalte, was sich durchaus positiv auf die Psyche auswirken könne. Aufgrund vieler Inkongruenzen habe der psychiatrische ZIMB-Gutachter keine psychiatrische Diagnose erheben können. Dabei habe er sich betreffend Inkonsistenzen klar und schlüssig positioniert und diese eben nicht als krankheitsbedingt beschrieben. Insgesamt sei das Gutachten in sich stimmig und formal korrekt und akkurat erhoben worden (IV-act. 412-3). Aus versicherungsjuristischer Sicht sei auf das Gutachten abzustellen (IV-act. 412-3 f.).

A.o Mit Verfügung vom 14. April 2025 nahm die IV-Stelle zu den Einwänden des Versicherten Stellung und wies unter Festhaltung am Gutachten und Anpassung des Valideneinkommens das Leistungsbegehren bei einem Invaliditätsgrad von nun 37 % ab (IV-act. 415).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die Beschwerde vom 27. Mai 2025. Die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwältin Irja Zuber, c/o Procap Schweiz, beantragt unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin), die Verfügung vom 14. April 2025 sei aufzuheben. Ihr sei eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Ihr sei die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und sie sei von allfälligen Vorschuss- und Sicherheitsleistungen zu befreien. Zudem sei ihr die unentgeltliche Rechtsverteidigung zu gewähren. Zur Begründung bringt die Beschwerdeführerin im Wesentlichen vor, auf das ZIMB-Gutachten könne nicht abgestellt werden. Der neurologische Gutachter diskutierte



unerklärlicherweise nicht, weshalb die offenkundig vorliegenden, nun über lange Zeit von unzähligen Behandlern und Institutionen objektiv festgestellten Krämpfe keinerlei Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben sollten. Der psychiatrische Gutachter begründe seine massiven Differenzen zu sämtlichen Feststellungen der Behandler sowie aus den FU nicht nachvollziehbar. Selbst der RAD komme mit den Behandlern immerhin insoweit überein, als zumindest die Diagnose einer rezidivierenden Depression hätte gestellt werden müssen. Mit den Widersprüchen konfrontiert (Rückfragen) hätten die Gutachter sich einer inhaltlichen Auseinandersetzung entzogen, was die Vermutung nahelege, dass eine solche in Ermangelung einer Argumentationsgrundlage unmöglich sei. Der psychiatrische Gutachter habe in seiner Konsistenzprüfung offenkundig vollständig ausgeblendet, dass die Beschwerdeführerin so gut wie keine Schulbildung habe. Der angebliche Detaillierungsgrad der Berichte über die früheren Therapien, welche die Merkfähigkeitseinschränkung der Beschwerdeführerin scheinbar widerlegen solle, müsse sodann durch das Studium der Audioaufnahmen deutlich relativiert werden. Die Beschwerdeführerin habe oft wiedergegeben, sie habe "keine Ahnung" oder schlicht die Suggestivfragen des Gutachters bejaht. Die 104 Minuten in Anspruch nehmende Begutachtung habe zu einem beträchtlichen Teil aus allseitigem Schweigen oder aufgezeichneter Toilettenpause bestanden. Die Beschwerdeführerin müsse gegen die Schmerzen nach wie vor hochdosiertes, sehr starkes Opioid (Palexia) nehmen, welches die Reaktionsfähigkeit und die Fähigkeit, Werkzeuge und Maschinen zu bedienen, beeinträchtige. Der rheumatologische Gutachter habe festgehalten, der Umgang mit der Rückenproblematik sei vorbildlich. Die Versorgung mit dem Opioid scheine demnach auch dem Gutachter angezeigt. Somit hätte immerhin eine schmerz- oder medikamentenbedingte Leistungseinschränkung diskutiert werden müssen. Selbst bei voller Beweistauglichkeit des ZIMB-Gutachtens müsste eine (befristete) rückwirkende Rente zugesprochen werden. Sie sei aufgrund einer neuerlichen Zustandsverschlechterung bereits wieder für einen stationären Aufenthalt angemeldet (act. G1).

B.b Am 18. Juni 2025 zieht die Beschwerdeführerin das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurück (act. G4). Am 30. Juni 2025 wird der geforderte Kostenvorschuss (vgl. act. G5) bezahlt.

B.c Mit Beschwerdeantwort vom 7. Juli 2025 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie weist darauf hin, ein Administrativgutachten sei nicht schon dann in Frage zu stellen, wenn behandelnde Ärzte zu einem anderen Ergebnis gelangen. Dass wichtige Aspekte aus den Vorakten im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, sei nicht ersichtlich. Dem psychiatrischen Gutachter sei bekannt gewesen, dass die Beschwerdeführerin mehrmals und auch zum Zeitpunkt der psychiatrischen Exploration in stationärer Behandlung gewesen sei. Seine von den Berichten anderer Fachpersonen abweichende Ansicht habe er unter anderem damit begründet, die verschiedenen Fachpersonen hätten sich nicht kritisch mit Inkonsistenzen bzw. der Beschwerdevalidierung auseinandergesetzt. Auch mit Blick auf die



Stellungnahme des Behandlers vom 5. September 2024 lasse sich nicht sagen, es seien wichtige Aspekte geltend gemacht worden, die im Rahmen der Begutachtung bzw. im Rahmen der Beantwortung der Rückfragen unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Betreffend die diagnostische Einordnung der psychotischen Phänomene bestehe auch unter den verschiedenen Behandlern kein oder nur ein eingeschränkter Konsens. In diesem Kontext erscheine es wenig überzeugend, dem psychiatrischen Gutachter eine Falschanwendung diagnostischer Kriterien betreffend die Diagnose einer Schizophrenie vorzuwerfen, zumal auch der RAD bestätigt habe, der psychiatrische Gutachter sei lege artis vorgegangen und seine abweichenden Schlussfolgerungen seien plausibel und nachvollziehbar. Der RAD habe die Diagnostizierung einer gegenwärtig remittierten rezidierten depressiven Störung als wünschenswert angesehen, weil diese bereits im Gutachten vom 13. Februar 2020 festgestellt worden sei (vgl. IV-act. 171, S. 10). Da sie aber gegenwärtig remittiert sei, leuchte es ein, dass sie keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Entsprechend sei auch der RAD nicht von einer psychiatrischen Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgegangen, sodass er keinen Grund gesehen habe, nicht auf das Gutachten abzustellen. Der Behandler beschränke sich über weite Strecken darauf, den psychiatrischen Gutachter mit Unterstellungen zu überziehen. Mit Blick darauf sei nachvollziehbar, dass dessen Antworten verhältnismässig kurz ausgefallen seien, zumal sich ein Fehlverhalten des psychiatrischen Gutachters auch der Tonaufnahme nicht entnehmen lasse. Er sei bereits in seinem Gutachten zum Schluss gekommen, sichere Hinweise für eine schwere psychische Erkrankung, etwa eine Schizophrenie, seien nicht vorhanden gewesen. Die Rüge der Beschwerdeführerin, wonach der psychiatrische Gutachter Suggestivfragen gestellt habe, könne die Beschwerdegegnerin nach Abhören der Tonaufnahme nicht nachvollziehen. Zusammenfassend überzeuge das psychiatrische Teilgutachten. Nachdem der neurologische Teilgutachter keine neurologische Ursache für die geltend gemachten Krämpfe unklarer Ätiologie gefunden habe, leuchte es ein, dass er keine neurologische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stelle und keine Adaptionskriterien festhalte. Dass wegen der Einnahme des Opioids Palexia eine schmerz- oder medikamentenbedingte Leistungseinschränkung hätte diskutiert werden müssen, werde bestritten. Dass die Beschwerdeführerin Palexia einnehme, sei dem rheumatologischen Gutachter bekannt gewesen. Es überzeuge, dass er die Arbeitsfähigkeit gleich beurteile wie bereits im letzten Gutachten. Für die Zeitdauer von stationären Behandlungen werde in der Regel von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen. Vorliegend sei den Gutachtern der stationäre Aufenthalt der Beschwerdeführerin ab März 2022 bekannt gewesen und sie seien dennoch von einer 75%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit auch für diesen Zeitraum ausgegangen. Dem Gutachten komme Beweiswert zu. Ausgehend von der darin attestierten Arbeitsfähigkeit von 75 % in einer adaptierten Tätigkeit resultiere kein rentenbegründender IV-Grad und damit kein Anspruch auf eine IV-Rente (act. G6).

B.d Mit Replik vom 8. September 2025 hält die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. Sie bringt insbesondere vor, das Gutachten befasse sich nicht in schlüssiger Weise mit den gegenteiligen



Aussagen der Behandler sowie den Feststellungen aus den verschiedenen FU und stationären Behandlungen. Die Aussagen im internen Besprechungsprotokoll würden darauf hindeuten, dass das Gutachten mangelhaft sei und eine Würdigung relevanter abweichender Beurteilungen ausgeblieben sei. Betreffend rezidivierende depressive Episode beschränkte die Beschwerdegegnerin den Fokus auf die gegenwärtige Remission. Damit sei eine relevante Diagnose, welche ihrer Natur nach mindestens auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der Vergangenheit Einfluss haben könnte, unterschlagen worden. Die Beschwerdegegnerin schweige denn auch dazu, inwiefern es einem Arbeitgeber auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zumutbar sein solle, erfahrungsgemäss jedes Jahr eine mehrmonatige Absenz aufgrund stationärer Hospitalisierung hinzunehmen. Folge man der Aussage der Beschwerdegegnerin, dass zu grosse Inkonsistenzen bestünden, so wäre sie angehalten gewesen, eine vertiefte Prüfung vorzunehmen und sich mit den entsprechenden Diskrepanzen eingehend auseinanderzusetzen. Die Behandelbarkeit eines Leidens sage nichts über dessen invalidisierenden Charakter aus. Der Gutachter habe sich in der Antwort auf die Rückfragen nicht mit den inhaltlichen Punkten der Stellungnahme des Behandlers auseinandergesetzt, obwohl diese fachlicher Natur gewesen seien. Was die Suggestivfragen anbelange, werde es am Gericht sein, die entsprechenden Aufnahmen zu würdigen. Die unklare Ätiologie der Muskelkrämpfe und ein fehlendes schlüssiges Korrelat seien von untergeordneter Bedeutung; einzig entscheidend sei, dass ein die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden mit Krankheitswert vorliege. Werde fälschlicherweise keine depressive Störung diagnostiziert, sei auch der Folgefehler der angeblichen Arbeitsfähigkeit während der stationären Aufenthalte und FU dadurch nicht geheilt (act. G8).

B.e Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 12. September 2025 auf eine Duplik (act. G10).

B.f Am 18. Mai 2026 zieht das Gericht die Tonaufnahmen bei (siehe act. G14 und G15).

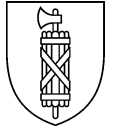
Auf die weiteren Vorbringen der Verfahrensbeteiligten zur Begründung ihrer Anträge sowie den Inhalt der übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1.

1.1 Angefochten ist die Verfügung vom 14. April 2025, mit welcher die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung abwies.

1.2 Beim vorliegenden zu beurteilenden Gesuch vom 27. April 2021 handelt es sich um eine Wiederanmeldung. Die Beschwerdegegnerin hatte ein früheres Gesuch vom 28. März 2017 mit Verfügung vom 10. Juli 2020 abgewiesen. Die gegen diese Verfügung gerichtete Beschwerde wies das hiesige Versicherungsgericht mit Entscheid IV 2020/186 vom 8. Juni 2022 ab. Nachdem der RAD in



seiner Stellungnahme vom 15. April 2021 von einer erheblichen Änderung des Gesundheitszustands (neu von einer remittierten Depression zu einer aktiven Depression mittelgradiger Ausprägung) seit dem letzten Gutachten ausgegangen ist, ist die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das neue Leistungsgesuch eingetreten (für die entsprechenden Voraussetzungen vgl. Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) und hat es materiell geprüft.

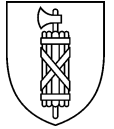
1.3 Die beruflichen Massnahmen wurden mit Mitteilung vom 6. Juli 2023 rechtskräftig abgewiesen und bilden daher nicht Streitgegenstand dieses Beschwerdeverfahrens. Zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdeführerin frühestens ab 1. Oktober 2021 (Ablauf der sechsmonatigen Karenzfrist seit der Wiederanmeldung vom April 2021 gemäss Art. 29 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [SR 831.20; IVG]) Anspruch auf eine Rente hat.

2.

2.1 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG versicherte Personen, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind. Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. 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 einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, sind die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4).

2.3 Im Sozialversicherungsrecht gelten der Grundsatz der freien Beweiswürdigung und der Untersuchungsgrundsatz (Art. 61 lit. c ATSG). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 157 E. 1a). Rechtserheblich sind dabei alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt,



ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht haben zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht. In Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes sind etwa weitere Abklärungen vorzunehmen, wenn der festgestellte Sachverhalt unauflösbare Widersprüche enthält oder wenn eine entscheidungswesentliche Tatfrage bisher auf einer unvollständigen Beweisgrundlage beantwortet wurde. Erweist sich im streitigen Verfahren die Sachlage als ungenügend abgeklärt, erfolgt mitunter eine Rückweisung an den Verwaltungsträger. Eine Rückweisung zu weiteren Abklärungen ist namentlich dann möglich, wenn es darum geht, zu einer bisher vollständig ungeklärten Frage ein Gutachten einzuholen. Ebenso steht es dem Versicherungsgericht frei, eine Sache zurückzuweisen, wenn allein eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 146 V 240 E. 8.1 und MIRIAM LENDFERS, in: Ueli Kieser/Matthias Kradolfer/Miriam Lendfers [Hrsg.], ATSG-Kommentar, 5. Auflage, Art. 61 N 88 und N 92 ff., je mit Hinweisen).

2.4 Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei mit dem im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt und daran könnten zusätzliche Beweismassnahmen nichts mehr ändern, so verstösst der Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise weder gegen den Untersuchungsgrundsatz noch verletzt er die Ansprüche auf freie Beweiswürdigung sowie Beweisabnahme (Art. 61 lit. c ATSG) und rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft [BV; SR 101]). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts vom 20. Juni 2025, 8C_594/2024, E. 4.1, mit Hinweisen).

2.5 Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b und BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

3.

3.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads musste der medizinische Sachverhalt abgeklärt werden. Die Beschwerdeführerin stützt sich dabei auf das polydisziplinäre Gutachten der ZIMB AG vom 24. Juni 2024. Die Beschwerdeführerin beanstandet die somatischen Teilgutachten nicht konkret.



Hingegen hält sie das psychiatrische Teilgutachten für nicht verwertbar. Zu prüfen ist demnach, ob das ZIMB-Gutachten beweiskräftig ist.

3.2 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen).

3.3 Das internistische Teilgutachten (IV-act. 386-76 ff.) ist einleuchtend, mit den Behandlerberichten im Wesentlichen übereinstimmend (vgl. hierzu IV-act. 386-85) und unstreitig beweiskräftig.

3.4 Die rheumatologische Begutachtung (IV-act. 386-103 ff.) ist ebenfalls weitgehend unumstritten. Zwar war der entsprechende Untersuchungs sehr kurz (Explorationszeit: 22 min, siehe IV-act. 386-103). Der rheumatologische Gutachter hatte die Beschwerdeführerin indes bereits anlässlich einer polydisziplinären Begutachtung vom 13. Februar 2020 als damals internistisch-rheumatologischer Fallführer begutachtet (vgl. IV-act. 386-112; siehe dazu auch das entsprechende frühere Gutachten, IV-act. 171) und betonte im Rahmen des ZIMB-Gutachtens mehrmals die hervorragende Kooperation und Compliance der Beschwerdeführerin, welche dazu geführt habe, dass der Status äusserst speditiv und zügig habe erhoben werden können (vgl. beispielhaft IV-act. 386-108 und 386-112). Dies geht auch aus der vom Gericht beigezogenen Tonaufnahme der Untersuchung hervor. Der rheumatologische Gutachter hielt im schriftlichen Gutachten sodann differenziert fest, insgesamt habe sich am seit vielen Jahren bekannten chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom nichts geändert, wobei die objektive Bewegungsfähigkeit lumbal sich im Vergleich zur letzten Begutachtung aktuell deutlich besser präsentiert habe (IV-act. 386-113). Die in spezifischen Alltagssituationen beklagten lumboglutealen Beschwerden seien inhaltlich sehr gut nachvollziehbar (IV-act. 386-113). Der rheumatologische Gutachter beschrieb eine adaptierte Tätigkeit bei um 25 % reduzierter Leistungsfähigkeit zur Gewährung von regelmässigen Arbeitspausen. Retrospektiv könne eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche berufliche Tätigkeiten aufgrund der akuten Polymyalgia rheumatica von November 2022 bis ca. Januar 2023 angenommen werden (IV-act. 386-116). Diese Beurteilung überzeugt.

3.5 Im Rahmen des neurologischen Gutachtens wurde namentlich ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei von Anfang an höflich und zugewandt gewesen. Die Schwingungsfähigkeit habe deutlich reduziert gewirkt. Bei der körperlichen Untersuchung habe sich die Beschwerdeführerin weitestgehend kooperativ verhalten (IV-act. 386-122). Die beschriebenen Krämpfe hätten sich in der Untersuchung nicht widerspiegelt und hätten nicht ausgelöst werden können. Gesamthaft ergebe sich analog zur Aktenlage kein schlüssiges Korrelat der beklagten Beschwerden, insbesondere hinsichtlich der Muskelkrämpfe (IV-act. 386-125). Auch diese Einschätzung ist mit Blick auf die



inzwischen umfangreiche Aktenlage (auch die Behandler haben im Verlauf der letzten Jahre kein somatisches Korrelat der geltend gemachten häufigen Krämpfe gefunden) plausibel. Bemerkenswert ist, dass auch die Beschwerdeführerin selbst die geltend gemachten Krämpfe nicht in den Vordergrund stellte, sondern gegenüber dem neurologischen Gutachter in erster Linie angab, an Rückenschmerzen zu leiden. Auf Nachfrage nach weiteren Beschwerden nannte sie dann die gemäss ihren Angaben häufig auftretende Migräne (vgl. Tonaufnahme der neurologischen Begutachtung; die Krampfanfälle werden von der Beschwerdeführerin erst später genannt, Min. 21 ff.). Folgerichtig stellte der neurologische Gutachter denn auch keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und hielt unter den weiteren Diagnosen lediglich fest, es bestehe eine Migräne ohne Aura, chronische Rückenschmerzen ohne radikuläre Beteiligung und Krämpfe unklarer Ätiologie (IV-act. 386-126). Demnach führte er die Rückenschmerzen und die Krämpfe – in Übereinstimmung mit den Vorakten, aus denen sich nichts anderes ergibt – eben gerade nicht auf eine neurologische Ursache zurück.

3.6 Als Zwischenfazit ist somit festzuhalten, dass die somatischen Teilgutachten den Anforderungen der Rechtsprechung an eine beweiskräftige gutachterliche Beurteilung genügen, sodass darauf abgestellt werden kann.

4.

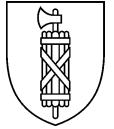
4.1 Der psychiatrische Gutachter Dr. H.____ führte aus, im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung habe sich bei der Beschwerdeführerin immer wieder eine Tendenz zur unkritischen Bestätigung von Beschwerden gezeigt, die von ihm abgefragt worden seien. Erhebliche Inkonsistenzen hätten sich darin gezeigt, dass sie einerseits detaillierte Auskünfte über zeitliche Zusammenhänge und unter anderem frühere Behandlungen habe geben können, andererseits bei Aufgaben, die beispielsweise die Merkfähigkeit überprüfen, sehr schlechte Leistungen gezeigt habe. In einem Test mit nur scheinbarer Schwierigkeit (Rey-15-Item-Test) habe sich ebenfalls ein hochgradig auffälliges Ergebnis gezeigt, das mit dem sonstigen klinischen Eindruck nicht in Übereinstimmung zu bringen sei und auf eine reduzierte Anstrengungsbereitschaft sowie eine nicht-authentische Beschwerdeschilderung schliessen lasse. Auch mit den Alltagsaktivitäten seien diese Befunde nicht in Übereinstimmung zu bringen (IV-act. 386-97). Hinsichtlich des Alltags würden sich verschiedene Inkonsistenzen finden. Die Beschwerdeführerin lese zum Beispiel gerne Bücher, löse Puzzles und fahre Auto, dies bei einem Antwortverhalten in der Untersuchung, das (authentisch) allenfalls durch eine fortgeschrittene Demenz zu erklären wäre. Gesamthaft würden sich bei ihr so gravierende Inkonsistenzen zeigen, dass nicht von einer angemessenen Anstrengungsbereitschaft oder einer authentischen Beschwerdeschilderung ausgegangen werden könne (IV-act. 386-98). Im klinischen Kontakt (und auch anhand der Akten, insbesondere der zuletzt zu den Klinikeintritten führenden Umständen) würden sich deutliche theatralische Elemente zeigen. Unter Berücksichtigung der beschriebenen Inkonsistenzen könne aus versicherungsmedizinisch-psychiatrischer Sicht nicht mit



ausreichender Sicherheit bzw. überwiegender Wahrscheinlichkeit eine psychiatrische Diagnose gestellt oder eine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestätigt werden (IV-act. 386-98 ff.). Aufgrund der aktuellen Einschätzung würden Zweifel daran bestehen, dass in der Vergangenheit eine Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen bestanden habe (IV-act. 386-100).

4.2 Soweit Dr. H.____ festhielt, die Beschwerdeführerin habe eine Tendenz zur unkritischen Bestätigung von Beschwerden gezeigt, die von ihm abgefragt worden seien, liess sich der Tonaufnahme entnehmen, dass er im Verlauf der psychiatrischen Untersuchung oft Suggestivfragen stellte (vgl. statt vieler Min. 19 der Tonaufnahme des psychiatrischen ZIMB-Gutachtens; Dr. H.____ formulierte, im letzten Jahr sei es ja immer mehr geworden, nicht besser, trotz der Behandlung? Die Beschwerdeführerin stimmte zu. Der Gutachter fuhr fort, in der Klinik sei es gleich wie zu Hause?, was die Beschwerdeführerin wiederum bejahte. Medikamente hätten keinen Einfluss?, worauf die Beschwerdeführerin verneinte). Die lenkende Art der Fragestellung hatte möglicherweise einen Einfluss auf die erhaltenen Antworten. Dennoch kann nicht gesagt werden, die Beschwerdeführerin habe unkritisch alles bestätigt oder übernommen. Teilweise widerspricht sie auch oder macht präzisierende oder ergänzende Ausführungen (vgl. zum Ganzen Tonaufnahme des psychiatrischen ZIMB-Gutachtens). Die Vorbringen der Beschwerdeführerin, sie habe oft mit "keine Ahnung" geantwortet und die Begutachtung habe zu einem beträchtlichen Teil aus Schweigen oder aufgezeichneter Toilettenpause bestanden, kann anhand der Tonaufnahme nicht bestätigt werden. Die Toilettenpause dauerte lediglich etwa zwei Minuten (Min. 47 bis 49 der Tonaufnahme des psychiatrischen ZIMB-Gutachtens). Zwar gab es tatsächlich mehrmals Gesprächspausen (z.B. Min. 89/90 oder 94 ff. der Tonaufnahme des psychiatrischen ZIMB-Gutachtens), während der Gutachter etwas nachschaute oder notierte, diese waren aber nicht übermässig häufig oder extrem lang. Demnach bestand die Begutachtung entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nicht zu einem beträchtlichen Teil aus Schweigen und Pause. Die Beschwerdeführerin hat zwar hin und wieder geantwortet, sie habe keine Ahnung (so z.B. auf die Frage, wann sie zuletzt beim Neurologen gewesen sei [Min. 12] oder auf die Frage, ob sie das Gefühl habe, sie werde medizinisch nicht richtig behandelt [Min. 29]), dies erschien im Kontext aber jeweils nicht unangemessen. Des Öfteren hat sie anschliessend noch etwas hinzugefügt (z.B. Min. 73: auf die Frage, ob es eine Arbeit gebe, die sie vielleicht doch noch machen könnte, antwortete die Beschwerdeführerin zuerst mit "keine Ahnung", sagte aber anschliessend, sie habe sich das nicht wirklich überlegt, könne es jetzt nicht sagen).

4.3 Nicht geklärt wird im ZIMB-Gutachten, weshalb die Beschwerdeführerin in den somatischen Untersuchungssituationen als kooperativ mit hervorragender Compliance, höflich und zugewandt erlebt wurde (vgl. E. 3 vorstehend und die entsprechenden somatischen Teilgutachten), in der psychiatrischen Untersuchung demgegenüber ihre Beschwerden nicht authentisch geschildert haben bzw. in ihrer



Anstrengungsbereitschaft reduziert gewesen sein soll. Dr. H.____ ordnete auch nicht ein, ob die von ihm festgestellten Inkonsistenzen im Sinne einer Verdeutlichung, Aggravation oder Simulation zu interpretieren wären, inwiefern ein solches Verhalten der Beschwerdeführerin bewusst oder unbewusst gewesen und ob es krankheitsbedingt erfolgt sein könnte. Soweit er auch ein theatralisches Verhalten feststellte, bleibt offen, inwiefern dieses krankheitsimmanent und/oder willensgesteuert war oder allenfalls auf die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin zurückzuführen wäre. Der Gutachter hat die Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung nicht mit den von ihm festgestellten Inkonsistenzen konfrontiert. Im Gegenteil hielt er explizit fest, eine Besprechung von Inkonsistenzen sei nicht erfolgt (IV-act. 386-94). Dies erscheint unter den gegebenen Umständen ungünstig, leitete Dr. H.____ doch insbesondere gestützt auf die von ihm festgestellten Inkonsistenzen ab, dass eine psychiatrische Diagnose mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht gestellt und folglich auch keine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen attestiert werden könne. Der Gutachter vertrat sogar die Auffassung, dass eine kritische Auseinandersetzung mit Inkonsistenzen bzw. der Beschwerdevalidität im Rahmen der früheren Behandlungen offenbar nicht stattgefunden habe (IV-act. 386-98). Vorliegend wurden zahlreiche ambulante und stationäre Behandlungen in Anspruch genommen und von der obligatorischen Krankenversicherung offensichtlich auch bezahlt. Wenn der Gutachter dennoch der Meinung war, dass keine einzige psychiatrische Diagnose mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit gestellt werden könne, so wäre zumindest zu erwarten gewesen, dass er eine Überprüfung der Authentizität der Beschwerden der Beschwerdeführerin durch die Behandelnden und eine allfällige Anpassung der therapeutischen und medizinischen Massnahmen, namentlich der Medikation, empfehlen würde. Dies ist vorliegend nicht geschehen.

4.4 Dr. H.____ hat, wie aus den Akten ersichtlich und den Tonaufnahmen (ab Min. 76 der Tonaufnahme) zu entnehmen ist, drei einfache Tests zur Beschwerdevalidierung verwendet. Er hat die Beschwerdeführerin aufgefordert, sich drei Wörter zu merken. Zudem sollte sie von einer bestimmten Zahl sieben subtrahieren, vom Ergebnis wiederum sieben abziehen usw. Schliesslich führte Dr. H.____ mit der Beschwerdeführerin den Rey-15-Item-Test durch, welcher seinen Angaben zufolge auffällige Ergebnisse aufwies, ohne dass genauer dargelegt wäre, inwiefern die Ergebnisse auffällig waren (vgl. IV-act. 186-97).

4.4.1 Vorab ist der Beschwerdeführerin insofern zuzustimmen, als ihr geringer Bildungsgrad (fünf Jahre Grundschule in ihrer Heimat; keinerlei weitere formelle Ausbildung) die Ergebnisse des eigentlich einfachen Rechentests beeinflusst haben könnte. Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin offenbar Mühe hat, sich in deutschen Zahlen auszudrücken, wie sich auch der Tonaufnahme der neurologischen Begutachtung entnehmen lässt. Gefragt nach dem heutigen Datum und der Uhrzeit sprach sie zuerst von "1924" und benötigte nach einem Hinweis des Gutachters etwas Zeit, um schliesslich die richtige Jahreszahl "2024" sagen zu können. Nachdem sie zuvor bereitwillig ihr Geburtsdatum angegeben hatte



– ein Datum, das ihr auch auf Deutsch geläufig ist und von dem sie offensichtlich erwartet hatte, danach gefragt zu werden – erscheinen ihre Schwierigkeiten, unerwartet das aktuelle Datum anzugeben, authentisch (vgl. zum Ganzen den Anfang der Tonaufnahme des neurologischen ZIMB-Gutachtens). Es ist daher vorstellbar, dass die Beschwerdeführerin die für sie unerwartete und auch ungewohnte Aufgabe des Rückwärtsrechnens auf Deutsch im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung als schwierig empfand und sich dabei verhaspelte.

4.4.2 Die Reaktion der Beschwerdeführerin auf die Aufgabe, sich drei Wörter zu merken, mutet auch für den medizinischen Laien seltsam an. Auf die Aufforderung Dr. H.____s hin, die drei Worte gleich nachzusprechen, nannte die Beschwerdeführerin eines, machte eine lange Pause, nannte das zweite und machte erneut eine Pause. Der Gutachter wiederholte die Worte mit Nachdruck, danach sprach die Beschwerdeführerin sie ihm flüssig nach. Wenige Minuten später nannte sie auf Nachfrage nur noch ein Wort, die anderen beiden habe sie vergessen (vgl. zum Ganzen Min. 85 bis 90 der Tonaufnahme des psychiatrischen ZIMB-Gutachtens). Unklar bleibt, weshalb die Beschwerdeführerin dieses Verhalten an den Tag legte, zumal sie auf Nachfrage des Gutachters einige Minuten davor noch angegeben hatte, Konzentration und Verstehen seien manchmal gut, manchmal schlecht, jetzt normal (Min. 76 f. der Tonaufnahme des psychiatrischen ZIMB-Gutachtens).

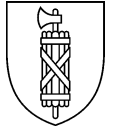
4.4.3 Die Ergebnisse des Rey-15-Item-Test liegen den Akten nicht bei und Dr. H.____ äusserte sich dazu auch nicht im Detail. Anzumerken ist, dass gerade dieser Test zwar einfach in der Anwendung ist, aber als "notorisch unzuverlässig" gilt (JEAN BAPTISTE HUBER, Die Stellung der Neuropsychologie im Rahmen der polydisziplinären medizinischen Begutachtung, HAVE 2019, S. 200 ff.; S. 204, mit Hinweis auf ANDREA MARIA PLOHMANN, Bedeutung neuropsychologischer Beschwerdenuvalidierung für die Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit in der versicherungsmedizinischen Begutachtung, Basel 2017; demnach werde der Rey-15-Item-Test aufgrund seiner Schwächen, namentlich geringe Sensitivität, Validitätsproblemen und seiner Verbreitung im Internet, in den USA und Kanada nicht mehr angewandt; siehe PLOHMANN, a.a.O., S. 24 f. und Anhang S. 10). HUBER weist denn auch darauf hin, dass einige Beschwerdevalidierungstests bzw. Performanzvalidierungstests eine geringe Spezifität aufweisen, d.h. sie "überführen" eine begutachtete Person fälschlicherweise des Simulationsverdachts. Diesem Risiko könnte durch die Anwendung verschiedener besser verlässlicher Tests entgegengewirkt werden (wobei HUBER bezweifelt, dass sich ein solches Vorgehen in der Praxis durchsetze; vgl. HUBER, a.a.O., S. 202 und S. 204). Grundsätzlich würde die Durchführung von Beschwerdevalidierungstests auch in die Kompetenz einer neuropsychologischen Fachperson fallen. Dass Dr. H.____ vorliegend gestützt insbesondere auf den Rey-15-Item-Test ableitet, die Beschwerdeführerin habe sich inkonsistent bzw. nicht authentisch verhalten oder eine mangelnde Anstrengungsbereitschaft demonstriert, vermag nach dem Gesagten unter den gegebenen Umständen nicht zu überzeugen.



4.5 Selbst wenn mit dem Gutachter davon ausgegangen würde, die verwendeten Tests hätten eine reduzierte Anstrengungsbereitschaft oder eine Übertreibung der Beschwerden nachgewiesen, so wäre dies nur der erste Schritt in der Auswertung der Testergebnisse gewesen. Anschliessend hätte durch den Gutachter beurteilt werden müssen, ob die festgestellten Inkonsistenzen Ausdruck einer etwaigen Aggravation oder Simulation darstellen. Nachdem der Gutachter bei der Beschwerdeführerin eine erhebliche subjektive Krankheits- und Invaliditätsüberzeugung erblickte (IV-act. 386-99), kann zum aktuellen Zeitpunkt jedenfalls nicht angenommen werden, die Beschwerdeführerin habe den Gutachter im Sinne einer Simulation bewusst über ihren tatsächlichen Gesundheitszustand täuschen wollen.

4.6 Die Beschwerdeführerin weist zu Recht darauf hin, dass im Rahmen der psychiatrischen ZIMB-Begutachtung zumindest eine depressive Störung hätte diagnostiziert werden müssen, wie der RAD dies anschaulich erklärt hat (vgl. hierzu IV-act. 412-3). Bereits anlässlich der letzten Begutachtung vom 13. Februar 2020 (IV-act. 170) wurde der Beschwerdeführerin als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode ohne somatisches Syndrom diagnostiziert und diese Diagnose entsprechend begründet. Eine nachvollziehbare Begründung Dr. H.____s, weshalb diese Diagnose nicht gestellt werden könnte, fehlt, wie sich auch aus der RAD-Stellungnahme anlässlich der Fallbesprechung vom 10. April 2025 ergibt. Die pauschale Behauptung des Gutachters, aufgrund von Inkonsistenzen und fehlender Validierungen durch die Behandler könne keine psychiatrische Diagnose gestellt werden, reicht unter diesen Umständen nicht aus und weist vielmehr auf ein unsorgfältig erstelltes Gutachten hin.

4.7 Damit ein Gutachten beweiskräftig ist, muss es unter anderem in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sein. Dabei kann nicht die blossе Kenntnisnahme gemeint sein, sondern es hat auch eine nachvollziehbare inhaltliche Auseinandersetzung mit den dort getroffenen Feststellungen stattzufinden. Insbesondere muss dies der Fall sein, wenn die Gutachtensperson von den behandelnden Arztpersonen abweichende Feststellungen trifft. Da sich die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Begutachtung sogar in stationärer psychiatrischer Behandlung befunden hat, besteht eine erhebliche Differenz zwischen der Einschätzung der Behandler und derjenigen des Gutachters. Der psychiatrische Gutachter verweist in Ziffer 5. "Allfällige Angaben von Dritten (auch behandelnde Ärzte)" auf den Aktenauszug (IV-act. 386-96) und macht nur kurze Anmerkungen zu den Akten und früheren Untersuchungen (Ziff. 6.2.3, IV-act. 386-98). Er merkt an, dass sich im klinischen Kontakt deutliche theatralische Elemente zeigen würden (IV-act. 386-98) und die in der Klinik abgegebenen Medikamente im Medikamentenspiegel nachweisbar gewesen seien (IV-act. 386-97). Unter den gegebenen Voraussetzungen ist nicht überzeugend, dass selbst während der FU und der diversen stationären Behandlungen der Beschwerdeführerin eine hochgradige Arbeitsfähigkeit vorgelegen haben soll. Dr. H.____ hat sich zu wenig mit dieser Thematik auseinandergesetzt.



4.8 Gar nicht untersucht und diskutiert hat der Gutachter die angegebenen Krampfanfälle und die während der Begutachtung erlebte Verkrampfung im Kiefer (IV-act. 386-91 und 386-95). Dies, obschon Crampi in den gesamten medizinischen Akten immer wieder als Diagnose oder zumindest als Verdachtsdiagnose auf dissoziative Bewegungsstörungen / Krampfanfälle erwähnt werden. Nachdem bisher keine somatische Ursache dafür eruiert wurde, ist von Interesse, wie die geltend gemachten Krampfanfälle psychiatrisch eingeordnet werden. Dr. H.____ hat demgegenüber lediglich festgestellt, dass er dissoziative Zustandsbilder nicht habe beobachten können (IV-act. 386-96). Weiter hat sich Dr. H.____ zur mehrfach erwähnten Diagnose PTBS (siehe hierzu beispielhaft IV-act. 171-10, 248, 270, 305, und 340; vgl. demgegenüber aber auch IV-act. 223-2 und 361) nicht geäußert, obschon dies auf Wunsch des RAD ausdrücklich im Gutachtensauftrag angefordert wurde (vgl. IV-act. 364-5: "Bitte beziehen Sie auch ausführlich Stellung zur PTBS und ihrer funktionellen Auswirkung (...)"). Er hielt lediglich fest, hinsichtlich Paramnesien (inkl. Intrusionen oder Flashbacks) sei nichts berichtet worden (IV-act. 386-95) und die Beschwerdeführerin habe seit ihrer Kindheit immer wieder angsterfüllte Träume (IV-act. 386-96). In diesem Zusammenhang fällt auch auf, dass Dr. H.____ die Begebenheiten im Leben der Beschwerdeführerin zwar abfragte, jedoch keinerlei Nachfragen tätigte. So berichtete die Beschwerdeführerin [...]. Früheren Arztberichten ist überdies zu entnehmen [...] (vgl. z.B. IV-act. 171-78). Der psychiatrische Gutachter kam anhand der aktuellen Untersuchung zum Schluss, dass sich aufgrund der von ihm bei der aktuellen Untersuchung festgestellten Inkonsistenzen keine Diagnose stellen lasse. Mit Blick auf die besondere Häufung von geschlechterspezifischer Gewalt im Leben der Beschwerdeführerin wäre jedoch eine Erklärung zu erwarten gewesen, warum die Psyche der Beschwerdeführerin völlig unbeeinflusst geblieben sein soll (vgl. zum Zusammenhang zwischen Gewalt in der Partnerschaft, Gewalt gegen Frauen und Problemen der psychischen Gesundheit: SIAN ORAM et al., «The Lancet Psychiatry Commission on intimate partner violence and mental health: advancing mental health services, research, and policy, The Lancet Psychiatry 2022; Vol. 9: 487–524, www.thelancet.com/psychiatry, abgerufen am 11. August 2026; NILUFAR MOSSAHEB, «Gewalt gegen Frauen und ihre psychischen Auswirkungen. Warum es wichtig ist, danach zu fragen», Springer Journal, psychopraxis. neuropraxis, Ausgabe 3/2024, www.springermedizin.at, abgerufen am 11. August 2026).

4.9 Zusammenfassend ist noch nicht geklärt, wie es zu den erwähnten Inkonsistenzen kam und ob diese als bewusstseinsnah und/oder krankheitsbedingt einzustufen sind, Verdeutlichungsverhalten bei einer sich unverstanden fühlenden Beschwerdeführerin, Aggravation oder Simulation darstellen. Zudem ist mit Blick auf die stark divergierenden Einschätzungen der Behandelnden und des Gutachters eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Vorakten erforderlich (siehe E. 4.8). In Anwendung des im Verwaltungsverfahren geltenden Untersuchungsgrundsatzes (vgl. diesbezüglich E. 2.3 vorstehend) sind daher weitere Abklärungen erforderlich. Allenfalls bietet sich in diesem Zusammenhang zusätzlich zur psychiatrischen Untersuchung eine neuropsychologische Abklärung an, um mögliche



Inkonsistenzen besser erfassen und einordnen zu können. Über den Beizug einer entsprechenden Fachperson wird der RAD zu entscheiden haben.

5.

5.1 Die vorliegende Beschwerde ist nach dem Gesagten teilweise gutzuheissen, die angefochtene Verfügung ist aufzuheben und die Angelegenheit entsprechend des Eventualantrags der Beschwerdeführerin zur Fortführung der Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Da zur Diskussion steht, dass bei der Beschwerdeführerin eine mangelnde Anstrengungsbereitschaft im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung vorgelegen haben könnte, ist diese vor einer neuerlichen Begutachtung in Anwendung von Art. 43 Abs. 3 ATSG explizit auf ihre Mitwirkungspflicht hinzuweisen. Dies bedeutet im konkreten Fall, dass sie bei der neuerlich vorzunehmenden psychiatrischen Begutachtung sowie auch bei einer allenfalls zusätzlich zu veranlassenden neuropsychologischen Testung die bestmögliche Performanz zu zeigen, uneingeschränkt mitzuwirken und wahrheitsgetreu Auskunft zu geben hat.

5.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Praxisgemäss ist die Rückweisung der Sache zur ergänzenden Abklärung und neuen Beurteilung an die Verwaltung als volles Obsiegen des Beschwerdeführers zu werten (BGE 132 V 215 E. 6.2). Die Gerichtskosten sind folglich der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

5.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Die Rechtsvertreterin hat keine Honorarnote eingereicht. Der Bedeutung und dem Aufwand der Streitsache angemessen erscheint eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer). Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin somit mit Fr. 4'000.-- zu entschädigen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP



1.

Die angefochtene Verfügung wird aufgehoben und die Sache wird zur Weiterführung des Verwaltungsverfahrens im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin mit Fr. 4'000.-- zu entschädigen.