



Fall-Nr.:	IV 2025/200
Stelle:	Versicherungsgericht
Rubrik:	IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum:	18.08.2026
Entscheiddatum:	06.07.2026

Entscheid Versicherungsgericht, 06.07.2026

**Art. 28 IVG. Psychiatrisches Gutachten als beweiskräftig erachtet.
Festlegung der Arbeitsfähigkeit. Prozentvergleich. Kein Rentenanspruch,
Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des
Kantons St. Gallen vom 6. Juli 2026, IV 2025/200).**

«Entscheid als PDF»



Versicherungsgericht
Abteilung III

Entscheid vom 6. Juli 2026

Besetzung	Versicherungsrichterin Mirjam Angehrn (Vorsitz), Versicherungsrichter Michael Rutz und Versicherungsrichterin Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Katja Blättler
Geschäftsnr.	IV 2025/200
Parteien	A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Marco Bivetti, rechtsanwälte.og 42, Oberer Graben 42, 9000 St. Gallen, gegen IV - Stelle des Kantons St. Gallen , Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin,
Gegenstand	Rente



Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherte) meldete sich am 4. April 2014 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 8).

A.b Vom 6. Februar bis 18. März 2014 hatte sich die Versicherte stationär in der Privatklinik B.____ befunden. Die dort zuständige Ärztin hatte in ihrem Bericht vom 23. März 2014 als Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom in Remission (ICD-10: F32.11) und akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) festgehalten. Zudem bestünden Hinweise auf eine Aufmerksamkeitsstörung (IV-act. 19). Dr. med. C.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 7. April 2014, sie habe die Versicherte vom 15. Januar 2014 bis zum Klinikeintritt vom 6. Februar 2014 zu 100 % krankgeschrieben. Bereits seit Oktober 2013 habe die Versicherte aufgrund ihrer psychischen Verfassung häufig bei der Arbeit gefehlt (IV-act. 15-7).

A.c Der behandelnde Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt anlässlich eines Telefongesprächs vom 8. August 2014 mit RAD-Arzt Dr. med. E.____ fest, in der angestammten Tätigkeit als Dentalassistentin liege bei der Versicherten eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 50 % vor. In einer adaptierten Tätigkeit im nicht-medizinischen Bereich würde die Versicherte eine weit höhere Arbeitsfähigkeit erlangen (IV-act. 29).

A.d Am 26. Januar 2015 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, sie gewähre ihr Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche. Ausserdem übernehme sie die Kosten für ein Job-Coaching im Hinblick auf die Ausübung einer angepassten Erwerbstätigkeit (IV-act. 40 f.). Mit Mitteilung vom 17. April 2015 hielt die IV-Stelle fest, vom 4. Mai bis 4. August 2015 finde ein Arbeitsversuch bei der F.____ AG statt. Während der Dauer der Massnahme erhalte die Versicherte ein Taggeld (IV-act. 48, vgl. IV-act. 52). Der Arbeitsversuch wurde per 17. Juni 2015 abgebrochen (vgl. IV-act. 59-3).

A.e Am 7. März 2016 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, ihr Leistungsbegehren um (weitere) berufliche Massnahmen werde abgewiesen. Gemäss ihren Abklärungen bestünden keine gesundheitlichen Einschränkungen, welche eine Arbeitsunfähigkeit begründeten (IV-act. 61). Mit Verfügung vom 3. Oktober 2016 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren ab (IV-act. 75; vgl. Vorbescheid in IV-act. 72).

A.f Am 4. März 2022 meldete sich die Versicherte erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 89, vgl. IV-act. 82). Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hatte der Versicherten vom 1. Dezember 2021 bis 28. Februar 2022 eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % attestiert (IV-act. 83, vgl. auch das vorherige Zeugnis in IV-act. 84). Am 24.



Mai 2022 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, ihr Leistungsbegehren werde abgewiesen. Sie begründete, die Versicherte sei nur vorübergehend in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen. Seit Ende März 2022 arbeite sie wieder in einem 100%-Pensum im Kundenservice (IV-act. 99).

A.g Am 8. August 2022 meldete sich die Versicherte erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 117, vgl. IV-act. 118 f.).

A.h Dr. G.____ hatte der Versicherten vom 29. Juli bis 31. August 2022 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert (Fremdakten 2-66 f.). Ab 1. September 2022 attestierte er ihr sodann eine Arbeitsfähigkeit von 20 %, wobei er festhielt, diese beziehe sich spezifisch auf eine Integrationsmassnahme der IV-Stelle (IV-act. 134, Fremdakten 2-68 f.). Mit E-Mail vom 24. Oktober 2022 führte Dr. G.____ aus, er behandle die Versicherte seit 5. Mai 2021. Seither habe sie immer wieder gegen seinen ärztlichen Rat versucht, eine Stelle mit einem 100 % Pensum zu beginnen und sei immer wieder aus gesundheitlichen Gründen gescheitert. Eine Integrationsmassnahme von bis zu 12 Monaten sollte als Voraussetzung für jede künftige berufliche Massnahme der Versicherten dienen. Parallel benötige sie eine intensive Psychotherapie (IV-act. 143). In seinem Bericht vom 7. November 2022 hielt Dr. G.____ als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2), sowie eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS; ICD-10: F90.0) fest. Die angestammte Tätigkeit sei der Versicherten derzeit nicht zumutbar. Eine adaptierte Tätigkeit wäre für zwei Stunden pro Tag möglich (IV-act. 145).

A.i Am 18. Juli 2023 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, sie übernehme die Kosten für ein Aufbautraining vom 7. August 2023 bis 29. Februar 2024 bei der H.____ AG (IV-act. 170). Für die Dauer der Integrationsmassnahme entrichtete die IV-Stelle ein Taggeld (IV-act. 173). Dr. G.____ attestierte der Versicherten vom 1. bis 31. August 2023 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (IV-act. 174). Am 29. September 2023 hob die IV-Stelle die Mitteilung vom 18. Juli 2023 per 22. September 2023 auf. Sie begründete, derzeit stünden medizinische Behandlungsmassnahmen im Vordergrund (IV-act. 177).

A.j Dr. G.____ beurteilte am 28. Dezember 2023, die Versicherte sei in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit (Sachbearbeiterin Verkauf; vgl. IV-act. 156) zu 0 % arbeitsfähig. Eine Integrationsmassnahme mit einem Pensum von 20 % bzw. 2 Stunden pro Tag könne in nächster Zeit wieder aufgenommen werden. Die Versicherte könnte eventuell innerhalb von 12 Monaten in einem Pensum von 50 % in eine adaptierte Tätigkeit eingegliedert werden (IV-act. 184).

A.k Am 19. April 2024 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, sie übernehme die Kosten für ein Aufbautraining vom 18. April bis 18. Oktober 2024 bei der H.____ AG (IV-act. 196). Für die Dauer der Integrationsmassnahme entrichtete sie der Versicherten Taggelder (IV-act. 197). Das Aufbautraining wurde per 18. Juni 2024 abgebrochen (vgl. IV-act. 202). Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 24.



Juni 2024 mit, das Leistungsbegehren um weitere berufliche Massnahmen werde abgewiesen (IV-act. 206).

A.l Dr. G.____ befand am 8. Dezember 2024, nachdem die letzte Wiedereingliederungsmassnahme gescheitert sei, könne er sich keine ideal adaptierte Tätigkeit mehr vorstellen. Das Funktionsniveau der Versicherten sei durch die ADHS sehr stark eingeschränkt (IV-act. 213).

A.m Im Auftrag der IV-Stelle (vgl. IV-act. 222) wurde die Versicherte am 3. April 2025 durch med. pract. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Facharzt für Neurologie, psychiatrisch abgeklärt. In seinem Gutachten vom 1. Mai 2025 hielt er als Diagnosen unter anderem eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4), eine Panikstörung/episodische paroxysmale Angst mit geringem Krankheitswert (ICD-10: F41.0), eine leichtgradige einfache ADHS (ICD-10: F90.0) sowie einen Status nach Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, gegenwärtig schädlicher Gebrauch (ICD-10: F14.1), fest. Im Längsschnitt sei von einer Arbeitsfähigkeit von mindestens 70 bis 80 % in der bisherigen Tätigkeit als Sachbearbeiterin auszugehen. Nach Erreichen einer Abstinenz von psychotropen Substanzen könne die Arbeitsfähigkeit überwiegend wahrscheinlich sogar wieder auf 100 % gesteigert werden. Die angestammte Tätigkeit sei gut angepasst (IV-act. 230).

A.n Mit Vorbescheid vom 12. Mai 2025 stellte die IV-Stelle der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 33 % die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (IV-act. 236).

A.o Am 30. Juni 2025 verfügte die IV-Stelle entsprechend ihrem Vorbescheid (IV-act. 241).

B.

B.a Dagegen erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. M. Bivetti, am 1. September 2025 Beschwerde. Sie beantragte, die Verfügung vom 30. Juni 2025 sei aufzuheben und es sei ihr eine angemessene Rente zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen. Es sei ihr die unentgeltliche Rechtspflege und -verbeiständung zu gewähren; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G1). Mit Schreiben vom 24. Oktober 2025 liess die Beschwerdeführerin ihr Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege aufgrund einer bestehenden Deckung bei einer Rechtsschutzversicherung zurückziehen (act. G8). Am 27. November 2025 liess die Beschwerdeführerin innert erstreckter Frist (vgl. act. G10) eine Beschwerdebegründung einreichen (act. G11).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 5. Februar 2026 die Abweisung der Beschwerde (act. G13).



B.c Mit Replik vom 12. März 2026 liess die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen festhalten (act. G15).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 31. März 2026 auf die Einreichung einer Duplik (act. G17).

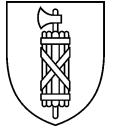
Erwägungen

1.

Aktenkundig und unbestritten ist, dass es sich bei der vorliegend zu beurteilenden Anmeldung vom 8. August 2022 (IV-act. 117) um eine sogenannte Wiederanmeldung handelt, auf welche die Beschwerdegegnerin infolge Glaubhaftmachung einer Veränderung des Gesundheitszustandes zu Recht eingetreten ist. Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin im Rahmen dieser Anmeldung Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. Mit der Anmeldung bei der Beschwerdegegnerin am 8. August 2022 (IV-act. 117) und dem Ablauf der sechsmonatigen Karenzfrist gemäss Art. 29 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) liegt ein Anspruch auf Rentenleistungen bei Einhaltung des Wartejahrs frühestens ab 1. Februar 2023 im Streit.

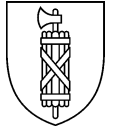
1.1 Einen Anspruch auf eine Rente der IV haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Invalidität ist gemäss 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 wird in Art. 7 Abs. 1 ATSG als der durch eine 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 definiert. Gemäss Art. 28a Abs. 1 Satz 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist der Invaliditätsgrad grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei 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 (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

1.2 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 256 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a). Bei der Würdigung der Einschätzungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte ist darüber hinaus der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach solche nicht nur in der Funktion als Hausärzte und Hausärztinnen, sondern auch als spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (Urteil des Bundesgerichts vom 27. September 2017, 8C_295/2017, E. 6.4.2, mit weiteren Verweisen). Da sie sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes (BGE 135 V 465 E. 4.5). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder unwürdigt geblieben sind (Entscheid des Bundesgerichts vom 27. Mai 2008, 9C_24/2008, E. 2.3.2 mit Hinweisen).

1.3 Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 bzw. Art. 61 lit. c ATSG). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Versicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (MIRIAM LENDFERS, N 87 ff. zu Art. 61, in: Ueli Kieser/Matthias Kradolfer/Miriam Lendfers [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, 5. Aufl. 2024). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisforderungen nicht (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).



2.

Als erstes ist die Frage zu klären, ob die medizinische Situation und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin rechtsgenüglich abgeklärt wurden. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von med. pract. I.____ vom 1. Mai 2025 (IV-act. 230). Die Beschwerdeführerin spricht diesem die Beweiskraft ab und hält ihm insbesondere die Beurteilungen von Dr. G.____ entgegen (act. G11).

2.1 Med. pract. I.____ hielt in seinem Gutachten vom 1. Mai 2025 als Diagnosen unter anderem eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4), eine Panikstörung/episodische paroxysmale Angst mit geringem Krankheitswert (ICD-10: F41.0), eine leichtgradige einfache ADHS (ICD-10: F90.0), eine leichte Persönlichkeitsakzentuierung mit paranoiden, zwanghaften und emotional instabilen Zügen (ICD-10: Z73) sowie einen Status nach Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, gegenwärtig schädlicher Gebrauch (überwiegend wahrscheinlich seit Jahren; ICD-10: F14.1) fest (IV-act. 230).

2.1.1 Die Beschwerdeführerin bemängelt, med. pract. I.____ habe nicht begründet, weshalb er die depressive Störung als remittiert erachte. Dies obschon das Gutachten die kognitiven Auffälligkeiten anerkenne, es aber letztlich als unklar hinstelle, ob diese auf die depressive Störung, das ADHS und/oder den Konsum von psychotropen Substanzen zurückzuführen seien. Die Ausführungen des Gutachters zum Verlauf seien sehr vage, stark im Konjunktiv gehalten und liessen eine abschliessende Wertung nicht zu (act. G11). Diese Kritik ist nicht nachvollziehbar, zumal sich med. pract. I.____ ausführlich und nachvollziehbar zur Herleitung seiner Diagnosen und zum Verlauf des psychischen Gesundheitszustandes äusserte. So führte er in seinem Gutachten aus, aufgrund der Anamnese und der Akten mit Beschreibung einer längerdauernden depressiven Symptomatik ab 2013, die zu einer medikamentösen Behandlung und letztlich sogar zu einer Hospitalisierung geführt habe, ergäben sich keine Zweifel daran, dass die Beschwerdeführerin 2014/2015 unter einer höhergradigen depressiven Symptomatik infolge von psychosozialen Belastungsfaktoren gelitten habe. Möglicherweise habe schon damals der Konsum von psychotropen Substanzen eine Rolle gespielt, da die Beschwerdeführerin zu diesem Zeitpunkt bereits seit mehreren Jahren regelmässig Cannabis konsumiert habe. Möglicherweise habe sich dies auch auf das Ergebnis der damaligen neuropsychologischen Testung ausgewirkt. Es habe damals offensichtlich keine differenzialdiagnostische Beurteilung stattgefunden, so dass letztlich unklar sei, ob die beschriebenen kognitiven Auffälligkeiten durch die depressive Störung, das ADHS und/oder den Konsum von psychotropen Substanzen begründet worden seien (IV-act. 230-38 f.). Wie die Beschwerdeführerin korrekt vorbringt (vgl. act. G11), äusserte sich med. pract. I.____ nicht abschliessend dazu, auf welche Problematik die in den Jahren 2013 bis 2015 bestehenden kognitiven Auffälligkeiten zurückzuführen waren. Dies erweckt jedoch keine Zweifel an seiner Einschätzung, zumal eine solche retrospektive Beurteilung insbesondere bei mangelhafter Aktenlage schwer möglich



erscheint. Ausserdem steht vorliegend ein Rentenanspruch ohnehin erst ab 1. Februar 2023 zur Diskussion (vgl. E. 1), weshalb der Verlauf bis dahin nur von eingeschränkter Relevanz ist. Damit ist auch auf die von der Beschwerdeführerin geäusserte Kritik bezüglich der Beurteilung von med. pract. I.____ hinsichtlich der depressiven Symptomatik in den Jahren 2017 bis 2020 (vgl. act. G15) nicht weiter einzugehen. Bezüglich des vorliegend relevanten Zeitraums führte med. pract. I.____ aus, Dr. G.____ habe im Jahr 2022 über eine schwere depressive Episode berichtet. Der weitere Verlauf mit einem Sprachaufenthalt in Argentinien im Jahr 2023 sowie der derzeitige psychopathologische Befund sprächen eher für eine leichtgradige depressive Störung bzw. für eine zwischenzeitliche Remission der zweiten (nach dem Stellenverlust im Oktober 2020 eingetretenen) depressiven Episode. Dies schliesse aber wiederkehrende Stimmungstiefs und sporadische Panikattacken nicht aus. Dabei müsse in Erwägung gezogen werden, dass die Stimmungsschwankungen auch durch den persistierenden Konsum von psychotropen Substanzen ausgelöst werden könnten. Derzeit ergäben sich keine Zweifel, dass die Beschwerdeführerin weiterhin Kokain konsumiere. Vor diesem Hintergrund ergäben sich Anknüpfungspunkte für einen weiteren Optimierungsbedarf im Sinne von suchtmmedizinischen Massnahmen, weniger in Richtung einer weiteren Umstellung der antidepressiven Behandlung (IV-act. 230-39). Angesichts dieser plausiblen Ausführungen von med. pract. I.____ ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die depressive Störung im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns remittiert war. Bezüglich des Einflusses der Suchtproblematik ist auf die nachfolgende E. 2.1.4 zu verweisen.

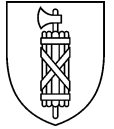
2.1.2 Weiter bringt die Beschwerdeführerin vor, med. pract. I.____ habe nicht begründet, weshalb er in Bezug auf die Auswirkungen der ADHS-Problematik derart stark von der Beurteilung des behandelnden Dr. G.____ abweiche. Er habe zur divergierenden Diagnose von Dr. G.____ nicht Stellung genommen. Med. pract. I.____ habe sich diesbezüglich weitgehend "in einen wenig nachvollziehbaren Konjunktiv gehüllt" und aus einer (möglichen) mangelnden Medikamentencompliance auf ein nur leichtgradiges ADHS geschlossen. Insbesondere würden die mit der ADHS-Symptomatik im Zusammenhang stehende erhöhte Anfälligkeit für Substanzkonsum sowie die selbst einschränkende Stress- und Selbstregulationsfähigkeit im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht ausreichend berücksichtigt. Diese Faktoren seien jedoch für die Prognose und die Gestaltung einer realistischen Wiedereingliederung von zentraler Bedeutung (act. G11). Mit der Beschwerdegegnerin (act. G13) ist darauf hinzuweisen, dass das transparente Aufzeigen von Unsicherheiten und Unklarheiten grundsätzlich nicht gegen, sondern für den Beweiswert eines Gutachtens spricht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 21. Juni 2016, 9C_614/2015, E. 5.1 mit Hinweis). Med. pract. I.____ stellte mit Bezug zur ADHS fest, es ergäben sich auf der Grundlage der anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin mit Konzentrationsproblemen während der Schulzeit und der Hyperaktivität sowie weiteren ADHS-typischen Symptomen zumindest Anknüpfungspunkte für das Vorliegen einer ADHS. Auch die Angabe, dass die Beschwerdeführerin von Ritalin profitiere, spreche für das Vorliegen eines



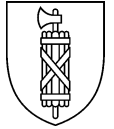
möglichen ADHS. Erhebliche Auswirkungen auf die schulische und berufliche Laufbahn habe die ADHS aber nie gehabt. Es könne daher allenfalls von einer leichtgradigen ADHS ausgegangen werden. Auch die Tatsache, dass ausweislich des Laborbefundes derzeit kein Ritalin eingenommen werde, spreche eher gegen einen Leidensdruck aufgrund von Symptomen einer ADHS. Aus gutachterlicher Sicht sei daher auch eine weitere Behandlung nicht zwingend erforderlich. Allenfalls möglich und dahingehend sinnvoll sei die Einnahme von Ritalin, als die Beschwerdeführerin beschreibe, dass sie dadurch weniger nervös sei und auch weniger Panikattacken habe. Insofern ergebe sich jenseits der Verbesserung der konzentrativen Leistungsfähigkeit tatsächlich ein weiterer Behandlungsnutzen (IV-act. 230-39 f.). Eine lediglich leichtgradige ADHS mit keinem massgebenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ist damit überzeugend und steht auch im Einklang mit dem anlässlich der Begutachtung durch med. pract. I.____ von der Beschwerdeführerin ausgefüllten Fragebogen hinsichtlich allfälliger ADHS-bedingter Symptome (vgl. IV-act. 230-11 ff., vgl. auch IV-act. 230-31).

2.1.3 Die Beschwerdeführerin beanstandet weiter, dass die Beschwerdegegnerin kein neuropsychologisches Gutachten in Auftrag gegeben hatte (act. G11). Dies ist jedoch insofern nicht zu beanstanden, als sich aus den medizinischen Akten, insbesondere dem psychiatrischen Gutachten von med. pract. I.____, keine Hinweise auf die Notwendigkeit einer neuropsychologischen Abklärung ergeben. Med. pract. I.____ führte aus, nach einer neuropsychologischen Untersuchung im Jahr 2014 sei die Diagnose einer ADHS gestellt worden. Es sei seither – mit Pausen – eine Behandlung mit Ritalin erfolgt. Der derzeitige Laborbefund spreche dafür, dass Ritalin nicht oder nicht regelmässig eingenommen werde. Abschliessend sei die Frage, ob überhaupt eine für die Arbeitsfähigkeit relevante ADHS vorliege daher schwierig zu beurteilen. Aus gutachterlicher Sicht sei dies überwiegend wahrscheinlich nicht der Fall. Man könnte aber auch nochmals eine neuropsychologische Testung machen, wenn die Beschwerdeführerin tatsächlich Ritalin eingenommen habe (IV-act. 230-33). Med. pract. I.____ hielt damit eine neuropsychologische Untersuchung nicht für zwingend notwendig, zumal er auch ohne diese eine sich relevant auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende ADHS bereits mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausschliessen konnte. Sodann ist es grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen Facharztes, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen. Eine neuropsychologische Abklärung stellt lediglich eine Zusatzuntersuchung dar, welche bei begründeter Indikation in Erwägung zu ziehen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 16. April 2021, 8C_11/2021, E. 4.2 mit weiteren Hinweisen).

2.1.4 Med. pract. I.____ beurteilte, es sei grundsätzlich davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit als Sachbearbeiterin wieder ausüben könne, vor allem dann, wenn eine stufenweise berufliche Eingliederung mit Unterstützung eines Job-Coaches und langsamer Steigerung des Arbeitspensums in Schritten von 10 bis 20 % im Abstand von vier bis acht Wochen erfolge. Aufgrund der Dekonditionierung und des derzeitigen Konsums von Kokain bestehe



gegenwärtig ein erhöhtes Risiko, dass die Beschwerdeführerin bei einer unmittelbaren Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit in einem höheren Arbeitspensum wieder verstärkt Panikattacken erleben könnte (IV-act. 230-41 und 230-46). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. act. G11) steht dies nicht im Widerspruch zur Beurteilung von med. pract. I.____, wonach aus psychiatrischer Sicht seit März 2022 für die angestammte Tätigkeit als Sachbearbeiterin eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 70 bis 80 % bestehe und nach Erreichen einer Abstinenz von psychotropen Substanzen die Arbeitsfähigkeit überwiegend wahrscheinlich sogar wieder auf 100 % gesteigert werden könne (IV-act. 230-47 f.). Die Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von "mindestens 70 bis 80 %" ist unter der Voraussetzung zu verstehen, dass eine – wie von med. pract. I.____ beschriebene – stufenweise berufliche Eingliederung bereits stattgefunden hat. Bei der Invaliditätsbemessung darf ein Behandlungserfolg unter dem Titel der Pflicht zur Selbsteingliederung vorweggenommen werden, ohne dass zuvor ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren (Art. 7b Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 21 Abs. 4 ATSG) durchgeführt werden müsste, wenn der Erfolg direkt vom Verhalten der versicherten Person abhängt. Dies ist dann der Fall, wenn diese ohne (weitere) Hilfe von Fachleuten die Leistungskapazität realisieren könnte. Insoweit geht die Selbsteingliederung dem Rentenanspruch (und auch gesetzlichen Eingliederungsleistungen) vor. Besteht keine aus Eigeninitiative umsetzbare Selbsteingliederungspflicht, weil die versicherte Person es nicht ohne Weiteres selbst in der Hand hat, eine Arbeitsfähigkeit herzustellen oder auf ihre Eingliederungsfähigkeit hinzuwirken, kann bei einem noch nicht austherapierten Leiden ein Rentenanspruch entstehen (BGE 151 V 194, E. 5.1.4 mit Hinweisen). Med. pract. I.____ stellte fest, aufgrund der Suchtanamnese und des Laborbefundes ergäben sich derzeit Hinweise auf eine erforderliche Suchtbehandlung, die auch im ambulanten Bereich stattfinden könne (IV-act. 230-49). Nach Erreichen einer Abstinenz von psychotropen Substanzen könne die Arbeitsfähigkeit überwiegend wahrscheinlich wieder auf 100 % gesteigert werden (IV-act. 230-47). Die Beschwerdeführerin hat es aufgrund der erforderlichen Suchtbehandlung nicht selbst in der Hand, eine Arbeitsfähigkeit von 100 % zu erreichen, weshalb nicht von einer solchen ausgegangen werden kann. Die von med. pract. I.____ angenommene Arbeitsfähigkeit von mindestens 70 bis 80 % kann die Beschwerdeführerin jedoch – allenfalls mithilfe der Einnahme von Ritalin (vgl. IV-act. 230-49) – selbst erreichen. Es ist deshalb ohne Durchführen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahren – angesichts der angegebenen Spannbreite von 70 bis 80 % – rechtsprechungsgemäss von einer Arbeitsfähigkeit von mindestens 75 % (Mittelwert) auszugehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 8. November 2018, 8C_49/2018, E. 4). Die von med. pract. I.____ vorgesehene langsame Steigerung des Arbeitspensums in Schritten von 10 bis 20 % begründete dieser im Wesentlichen mit der langjährigen Dekonditionierung (IV-act. 230-46). Eine solche stellt kein in der IV versichertes Risiko dar, weshalb die Dekonditionierung richtigerweise von med. pract. I.____ nicht in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit miteinbezogen wurde (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 21. April 2017, 9C_360/2016, E. 3.4.3).



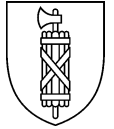
2.1.5 Insgesamt erfüllt das psychiatrische Gutachten von med. pract. I.____ die Beweisanforderungen der Rechtsprechung (vgl. E. 1.2). Die Vorbringen der Beschwerdeführerin sind nicht geeignet, das Gutachten in Frage zu stellen. Dasselbe gilt für die Beurteilungen von Dr. G.____. Dieser hatte am 8. Dezember 2024 ausgeführt, die Beschwerdeführerin zeige aufgrund ihrer ADHS eine ausgeprägte Beeinträchtigung der Alltagsbewältigung, die sich in eingeschränkter Konzentrationsfähigkeit, impulsivem Verhalten und mangelnder Organisation äussere. Diese Symptome führten zu einer erheblichen Einschränkung der Funktionsfähigkeit im beruflichen und sozialen Umfeld. Nachdem die letzte Wiedereingliederungsmassnahme gescheitert sei, könne er sich keine ideal adaptierte Tätigkeit mehr vorstellen. Das Funktionsniveau der Beschwerdeführerin sei durch die ADHS sehr stark eingeschränkt (IV-act. 213). Dr. G.____ begründete jedoch nicht, weshalb er – im Gegensatz zu med. pract. I.____ – von einer sehr stark ausgeprägten ADHS ausging. Seine Einschätzung ist damit nicht nachvollziehbar. Selbst wenn ein sehr stark ausgeprägtes ADHS vorliegen würde, wäre sodann nicht plausibel, weshalb gemäss Dr. G.____ auch in einer adaptierten Tätigkeit gar keine Arbeitsfähigkeit mehr vorliegen sollte. Dr. G.____ verwies bei seiner Prognose bezüglich Arbeitsfähigkeit auch auf das Alter (37) der Beschwerdeführerin (vgl. IV-act. 213), was jedoch als invaliditätsfremd zu gelten hat.

3.

Basierend auf einer Arbeitsfähigkeit von mindestens 75 % in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Sachbearbeiterin sowie einer anderen adaptierten Tätigkeit ist nachfolgend der Invaliditätsgrad zu bestimmen.

3.1 Da die Beschwerdeführerin auch in ihrer bisherigen Tätigkeit als Sachbearbeiterin im Verkauf weiterhin zu mindestens 75 % arbeitsfähig ist, sind das Validen- und das Invalideneinkommen auf derselben Grundlage festzulegen. Es rechtfertigt sich damit die Vornahme eines Prozentvergleichs.

3.2 Per 1. Januar 2022 wurden unter anderem Art. 26^{bis} Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in Kraft gesetzt, laut welchen das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten [...] bestimmt wird, wenn kein anrechenbares Erwerbseinkommen vorliegt (Abs. 2). 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 (Abs. 3 in der vom 1. Januar 2022 bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung). Die Beschwerdeführerin erfüllt zwar diese Voraussetzung nicht, das Bundesgericht erkannte jedoch Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV in der vom 1. Januar 2022 bis 31. Dezember 2023 gültigen Fassung als gesetzeswidrig an, soweit aufgrund der gegebenen Fallumstände sowie der ärztlich festgelegten qualitativen und quantitativen Leistungsfähigkeit Bedarf an weitergehender Korrektur bestehe (BGE 150 V 410 E. 10.6). Vorliegend ist hier insbesondere zu berücksichtigen, dass bei der Beschwerdeführerin gewisse qualitative Einschränkungen ihrer Leistungsfähigkeit bestehen



(vgl. IV-act. 230-47). Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ihre mindestens 75%ige Arbeitsfähigkeit nicht mit demselben ökonomischen Erfolg verwerten kann wie eine gesunde Person. Daher erscheint die Vornahme eines Abzugs von 10 % vom Tabellenlohn angemessen, womit ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 32.5 % ($25 \% + [75 \% \times 10 \%]$) resultiert.

3.3 Seit 1. Januar 2024 lautet Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV folgendermassen: Vom nach Art. 26^{bis} Abs. 2 IVV bestimmten Wert werden 10 % abgezogen (Abs. 3 Satz 1). Im vorliegenden Fall kann offenbleiben, ob der Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV in der ab dem 1. Januar 2024 geltenden Fassung gesetzmässig ist, da sich kein höherer Abzug als 10 % rechtfertigt. Es resultiert weiterhin ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 32.5 %.

4.

4.1 Im Sinne der Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen.

4.2 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 in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihr anzurechnen.

4.3 Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihr angerechnet.

3.

Für dieses Verfahren wird keine Parteientschädigung zugesprochen.