

BL_GERICHTE 720 21 159 / 20 vom 26. Januar 2023

BL Gerichte, 2023-01-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720 21 159 _ 20](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_21_159_20)

FR: BL_GERICHTE 720 21 159 / 20 du 26 janvier 2023

IT: BL_GERICHTE 720 21 159 / 20 del 26 gennaio 2023

Regeste

IV-Rente

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde der Versicherten vom 19. Mai 2021 ist demnach einzutreten.

E. 2

Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Die vorliegend angefochtene Verfügung erging vor dem 1. Januar 2022. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 129 V 354 E. 1 mit Hinweisen) sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Februar 2022, 8C_455/202, E. 2). Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

E. 3

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen. Zuzugleich Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'630.50 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

E. 3.1

Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können

(lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

E. 3.2

Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

E. 3.3

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 7.1).

E. 3.4

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

E. 3.5

Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades

das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungsoder Prozentvergleichs (BGE 114 V 310 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

4.1 Um den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person beurteilen zu können, ist die Verwaltung – und im Beschwerdefall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2, 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

4.2 Sämtliche Beweismittel, somit auch medizinische Berichte und Sachverständigengutachten, unterliegen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 125 V 351 E. 3b/bb). Demgegenüber kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zwar nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, praxisgemäss haben sie aber nicht dieselbe Beweiskraft wie ein gerichtliches oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.3, 135 V 465 E. 4.4 und 4.7).

5.1. Die Beschwerdeführerin meldete sich am 2. Mai 2018 zum Leistungsbezug bei der IV-Stelle an. Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass sie vom 2. Januar 2018 bis 9. Mai 2018 in der tagesklinischen Behandlung der I. war. Davor fanden psychodiagnostische Untersuchungen am 11. Dezember 2017 und am 8. Januar 2018 statt, anlässlich welchen eine Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (ADS; ICD-10 F98.8) des vorwiegend unaufmerksamen Typs mit Persistenz ins Erwachsenenalter festgestellt worden war bei aktenanamnestisch bekannter anhaltender somatoformer Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) und Panikstörung (ICD-10 F41.0; vgl. Berichte des E. vom 29. Januar 2018 und 7. Dezember 2017). Aus dem Abschluss- und Verlaufsbericht der I. vom 9. Mai 2018 geht in Bezug auf die tagesklinische Behandlung hervor, dass die Versicherte während des Aufenthaltes kaum mehr Symptome einer Panikstörung beschrieben habe. Im Mittelpunkt seien Konzentrations- und Gedächtnisdefizite gestanden, die im Rahmen der ADS sowie der bekannten Schmerzstörung zu interpretieren seien. Die Funktionseinschränkungen und die defizitären Beziehungsmuster seien im Rahmen einer Persönlichkeitsakzentuierung zu sehen. Die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung seien zurzeit nicht erfüllt. Als Diagnosen wurden sodann eine anhaltende somatoforme

Schmerzstörung (ICD-10 F45.40), eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) sowie eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) gestellt. 5.2. Der Hausarzt der Versicherten, Dr. D., führte in seinem Bericht vom 14. Mai 2018 als Diagnosen einen Verdacht auf eine Fibromyalgie sowie unklare Arthralgien (Gelenkschmerzen) auf. Die Versicherte leide an einer starken Ermüdbarkeit und Schmerzen in den Grundgelenken. Die Ressourcen sowie die Arbeitsfähigkeit seien unklar. 5.3 Im Rahmen der Prüfung einer beruflichen Integration führte Dr. med. J. in ihrem Bericht vom 19. Juli 2018 aus, dass die Versicherte seit ihrem 6. Lebensjahr unter chronischen Gelenkschmerzen leide, für welche keine organische Ursache habe gefunden werden können. Sämtliche Behandlungen seien wirkungslos geblieben. Seit Kindheit beständen durchgängige Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme mit Beeinträchtigungen in allen Lebensbereichen. Seit Abschluss der Sekundarschule leide sie an konstanter Müdigkeit und Erschöpfungsgefühlen. Nach dem zehnten Schuljahr habe sie ein Jahr Praktikum an einer Primarschule absolviert. Dieses Praktikum habe sie sehr erschöpft und ausser Schlafen und Essen habe sie daneben nichts mehr tun können. Im Jahr 2016 habe sie den Vorkurs zum Musikstudium (ein Tag Schule pro Woche) begonnen und diesen trotz Müdigkeit, Erschöpfung, Überforderung und Panikattacken erfolgreich abgeschlossen. Eine erste ambulante psychiatrischpsychotherapeutische Behandlung habe im K. von Mai 2017 bis September 2017 stattgefunden. Infolge der starken Belastung, der Überforderung im Alltag, der Probleme im Umgang mit der somatoformen Schmerzerkrankung und der Schwierigkeiten im Umgang mit den eigenen Emotionen sei es zum teilstationären Aufenthalt in der Tagesklinik vom 2. Januar 2018 bis 9. Mai 2018 gekommen. In der überlappend mit der teilstationären Behandlung begonnenen ambulanten Therapie in der I. sei eine Psychopharmakotherapie mit Methylphenidat installiert worden. Nach Austritt aus der Tagesklinik sei die Versicherte für sechs Wochen ins Ausland. Sie habe dort bei einer Gastfamilie gelebt und es sei ihr deutlich besser gegangen als zuhause, wo häufig eine gereizte, laute Stimmung herrsche. Die Gastfamilie sei sehr verständnisvoll gewesen und sie habe genügend Rückzugsmöglichkeiten gehabt. Sie habe nach vielen Jahren wieder begonnen zu lesen und es sei ihr auch möglich gewesen, für ihr Musikstudium zu lernen. Nach der Rückkehr nach Hause Ende Juni 2018 sei es ihr wieder deutlich schlechter gegangen mit sozialem Rückzug, Motivations- und Selbstwertverlust. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. J. eine ADS (ICD-10 F98.8), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), einen Verdacht auf eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33) und einen Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei der Status nach Panikstörung (ICD-10 F41.0). In einer den Einschränkungen der Versicherten angepassten Tätigkeit und nach Auszug von Zuhause sei von einer günstigen Prognose im Hinblick auf die Erwerbsfähigkeit auszugehen. In Bezug auf die Funktionseinschränkungen beständen insgesamt eine verminderte Belastbarkeit, eine chronische Müdigkeit und ein chronisches Erschöpfungserleben, chronische Schmerzen und ein Aufmerksamkeitsdefizit. Es liege ein insgesamt eher geringer Selbstwert vor. Immer wieder komme es auch zu depressiven Einbrüchen mit sozialem Rückzug, Motivations- und Selbstwertverlust, vor allem in familiärem Kontext. In Bezug auf die Ressourcen sei zu erwähnen, dass die Versicherte aktiv in der Jungschar sei, sich ein Taschengeld mit Babysitten verdiene, in einer Band singe, über soziale Kontakte verfüge, Auslandsreisen unternehme, interessiert sei, eine Berufsausbildung zu absolvieren und über eine gute Behandlungsmotivation und –compliance verfüge. In einer angepassten Tätigkeit sei von einer Arbeitsfähigkeit von

mindestens vier Stunden pro Tag mit Steigerungsmöglichkeiten im weiteren Verlauf auszugehen. 5.4 RAD-Ärztin Dr. G. stellte am 26. Juli 2018 fest, dass aktuell die Ausbildungsfähigkeit der Versicherten eingeschränkt sei durch ADS-Symptome wie Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, durch die Schmerzstörung, die erhöhte Erschöpfbarkeit sowie die depressiven Schwankungen mit sozialem Rückzug. Berufliche Massnahmen seien aber zumutbar, da sie über Ressourcen verfüge. Der Entscheid, ob die Ausbildung in einer IV-Institution begonnen werden sollte oder mit IV-Unterstützung auch eine Lehrstelle im ersten Arbeitsmarkt in Frage komme, obliege der Berufsberatung. 5.5 Dr. med. L. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil.M. , welche die Versicherte seit 7. Februar 2019 betreuten, führten in ihrem Bericht zur beruflichen Integration vom 3. Juni 2019 an, dass sich die aktuelle Leistungsfähigkeit der Versicherten zwischen 20 % und 30 % bewege. Sie diagnostizierten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine ADS (ICD-10 F98.8), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0) sowie eine Panikstörung (ICD-10 F41.0). Diagnostisch seien die Kriterien für eine Neurasthenie erfüllt. Es liege eine gesteigerte Ermüd- und Erschöpfbarkeit mit wiederkehrenden Schmerzen vor. Gegen eine klassische Depression spreche, dass die Versicherte sehr wohl Freude am Leben habe und auch Interessen pflege. Allerdings sei die Ursache des neurasthenischen Syndroms nicht ganz klar. Ob dieses eine Folge der Borreliose sei, könnten sie nicht beurteilen. In Anbetracht des schon über Jahre bestehenden Erschöpfungssyndroms sei nicht damit zu rechnen, dass sich rasch etwas an der Situation ändern werde. In Bezug auf die Funktionseinschränkungen bemerkten sie, dass die Versicherte erschöpft wirke, wobei sie zielorientiert bleibe. Durch die Müdigkeit seien das Denken und die Konzentrations- und Merkfähigkeit verlangsamt. Ferner seien die Arbeitsleistung und –effektivität reduziert. Als Ressourcen nannten sie die Schwedenreise, das Klavierspielen und die Tätigkeit in der Gemeindebibliothek. Eine Eingliederung müsse in kleinen Teilschritten erfolgen. 5.6. Dr. med. N. äusserte sich am 6. Juni 2019 zum Krankheitsbild. Die Versicherte sei seit dem 14. November 2018 in seiner Behandlung. Aktuelle Themen seien eine verminderte Konzentration, diffuse Gelenkschmerzen, ein CFS, eine Depression sowie eine Fehlhaltung der Wirbelsäule. Als Befund nannte er eine Borreliose, wobei kein eindeutiger Hinweis auf eine weiterhin aktive Borrelien-Infektion vorliege (grenzwertiger Bereich). 5.7. Daraufhin organisierte die IV-Stelle ein Belastbarkeitstraining in der O. vom 3. September 2019 bis 30. November 2019 und anschliessend ein Aufbaustraining vom 1. Dezember 2019 bis 28. Februar 2020. Im Schlussbericht des Aufbaustrainings vom 30. März 2020 wurde festgehalten, dass die Leistungsfähigkeit der Versicherten ungefähr 55 % betrage. Sie sei den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes zurzeit nicht gewachsen und nicht vermittelbar. Aufgrund der momentanen Situation sei es nicht realistisch, dass die Versicherte in absehbarer Zeit eine Ausbildungsfähigkeit erreichen, sprich ein 100 %-Pensum leisten könne. Damit weitere Massnahmen in Betracht gezogen werden könnten, sei eine Stabilisierung des Gesundheitszustandes notwendig. Diesbezüglich seien medizinische Abklärungen vorzunehmen. Die Versicherte selbst sei nicht unbedingt dieser Meinung, sie wolle weiterhin eine Massnahme absolvieren. Alternativ wäre zu prüfen, inwiefern die Versicherte in einer Tätigkeit als Hilfskraft ihre zurzeit mögliche Arbeitsfähigkeit von 100 % Leistung in einem 50 %-Pensum oder in einem 100 %-Pensum mit 50 % Leistung zu verwerten vermöge. Der Versicherten sei im Sinne einer Stabilisierung sowie Steigerung der Arbeitsfähigkeit die Verlängerung der Integrationsmassnahme Aufbaustraining vom 2. März 2020 bis 1. Juni 2020 in der O. angeboten worden. Dies mit der Vorgabe, dass sie ihr

Pensum bis Ende der Massnahme auf 100 % steigern oder die ganze Massnahmezeit hindurch in einem 72 %-Pensum bei 100 % Leistung arbeite. Bei absehbarem Nichterreichen der Vorgabe würde die Massnahme vorzeitig abgebrochen werden. Die Versicherte habe sich am 27. Februar 2020 gegen eine Weiterführung der Massnahme entschieden. Sie fühle sich momentan nicht in der Lage, die Anforderungen zu erfüllen. Sie wolle zuerst die Erschöpfung medizinisch abklären lassen und sich mit Hilfe der Therapeutin mental stabilisieren. Daraufhin schloss die Abteilung Berufsberatung der IV-Stelle das Dossier und leitete es zur Prüfung weiterer Leistungen an die Abteilung Rente weiter (Abschlussbericht der Eingliederungsmassnahme vom 5. Mai 2020).

5.8 Dr. med. P., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, seit Januar 2020 behandelnder Psychiater der Beschwerdeführerin, berichtete am 29. Mai 2020 über ihren Gesundheitszustand. Bei der Versicherten liege ein komplexer, chronischer Krankheitsverlauf vor mit weitreichenden Beeinträchtigungen der "persönlichen" Funktionen. Aktuell beständen eine depressive Symptomatik und eine Schmerzproblematik. Auffallend seien die starke Erschöpfung, die Insuffizienzgefühle, die Niedergestimmtheit, die Anspannung und die Ratlosigkeit sowie die Konzentrationsstörungen und der soziale Rückzug. Sie sei verzweifelt, dass sie trotz hoher Motivation und guter Intelligenz den Einstieg ins Berufsleben nicht schaffe. Dr. P. diagnostizierte eine mittelgradige Episode bei Verdacht auf eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F32.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) sowie einen Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung und einen Status nach Panikstörung (ICD-10 F41.0). Eine Prognose bezüglich Arbeitsfähigkeit sei zum jetzigen Zeitpunkt schwer zu stellen. Es müsse von einer langfristigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Als Funktionseinschränkungen nannte er die Ermüdbarkeit, die fehlende Belastbarkeit, die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen sowie die körperlichen Schmerzen. Als Ressourcen seien ihre Kreativität, ihr Interesse, ihre Motivation sowie ihre Intelligenz zu sehen. Zurzeit seien der Versicherten zwei bis drei Stunden Tätigkeit pro Tag zumutbar.

5.9 Dr. N. attestierte der Beschwerdeführerin in seinem Bericht vom 22. Juni 2020 eine volle Arbeitsunfähigkeit seit dem 6. September 2019.

5.10.1. Zur vertieften medizinischen Abklärung gab die IV-Stelle schliesslich ein bidisziplinäres Gutachten bei Dr. B. und Dr. C. mit den Fachgebieten Rheumatologie und Psychiatrie in Auftrag. Im rheumatologischen Teilgutachten vom 4. Oktober 2020 konnte Dr. C. keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits, Genua vara (O-Beine), eine Periarthopathia humeroscapularis rechts mehr als links, klinisch leichtgradig und ohne Impingement. Die Resultate der Borrelien-Serologie seien in der Laborbeurteilung als grenzwertig und möglicherweise als unspezifisch beurteilt worden. Es fänden sich auch keine Zeichen einer Hypermobilität als Ursache der Arthralgien. Des Weiteren seien die Kriterien für ein Fibromyalgiesyndrom nicht erfüllt. Zusammenfassend liege ein multilokuläres Schmerzsyndrom vor, welches keinem rheumatologischen Krankheitsbild zugeordnet werden könne. Allenfalls sei dieses psychiatrisch begründet (anhaltende somatoforme Schmerzstörung). Ferner gebe es aus rheumatologischer Sicht keine Erklärung für die beschriebene Erschöpfbarkeit. Aufgrund der klinischen Untersuchungsbefunde beständen aus somatischer Sicht keine Funktionsstörungen am Bewegungsapparat.

5.10.2. Im psychiatrischen Teilgutachten vom 19. November 2020 diagnostizierte Dr. B. mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leichtgradiger Episode ohne

somatisches Syndrom (ICD-10 F33.00). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien eine Schmerzfehlerverarbeitung (ICD-10 F54), akzentuierte, unsichere/vermeidende Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1), eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) sowie ein Status nach Panikstörung (ICD-10 F41.0). Anlässlich der aktuellen Untersuchung lasse sich ein Schmerzsyndrom mit andauernden Schmerzen unterschiedlicher Intensität im Bereich beider Hüftgelenke sowie sämtlicher Gelenke im Körper mit jeweils unterschiedlicher Lokalisation nachweisen. Gemäss Angaben der Versicherten hätten sich die Schmerzen zum ersten Mal im Alter von fünf bis sechs Jahren in den Handgelenken zu entwickeln begonnen, im Verlaufe der Jahre hätten sie sich im ganzen Körper ausgebreitet. Während der aktuellen Untersuchung habe die Versicherte eine Schmerzintensität zwischen fünf und sechs bei einer Skala von zehn angegeben. Die Versicherte hinterlasse nicht den Eindruck, unter andauernden schweren und quälenden Schmerzen zu leiden. Es liessen sich auch keine Belastungen nachweisen, welche schwerwiegend genug wären, um in einem ursächlichen Zusammenhang mit den Schmerzen zu stehen. Die Versicherte beklage sich allerdings über eine konflikthafte Beziehung zur Mutter, die nicht gewusst habe, wie sie mit den Schmerzen ihrer Tochter, vor allem im Kindesalter, umzugehen habe. Es handle sich dabei um reaktive Konflikte infolge der Schmerzen der Versicherten, die nicht in einen ursächlichen Zusammenhang mit den Schmerzen selbst gebracht werden könnten. Unter Berücksichtigung all dieser Faktoren lasse sich die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht stellen. Die von der Explorandin geklagten Schmerzen seien am ehesten im Sinne einer Schmerzfehlerverarbeitungsstörung gemäss ICD-10 F54 zu diagnostizieren. Diese habe indes keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Des Weiteren liessen sich die Symptome der bei starken Schmerzen auftretenden, gereizten, zeitweise auch bedrücktraurigen Stimmung, der zeitweise verminderten Energie und der Erschöpfungsgefühle, der häufigen Müdigkeit, der schmerzbedingten Durchschlafstörungen, der Vergesslichkeit sowie des verminderten Selbstvertrauens anamnestisch eruieren. Diese Symptome erfüllten die zur Diagnosestellung einer depressiven Episode notwendigen Kriterien. In ursächlicher Hinsicht seien die andauernden Schmerzen zu nennen, aber auch eine konflikthafte Beziehung zur Mutter. Während der aktuellen Untersuchung sei die Stimmung ausgeglichen gewesen. Eine verminderte Energie, eine Müdigkeit, eine ausgeprägte Vergesslichkeit oder eine verminderte Konzentrationsfähigkeit hätten rein klinisch während der Untersuchung nicht festgestellt werden können. Unter Berücksichtigung all dieser Faktoren und der Tatsache, dass die depressiven Beschwerden seit dem 15. Lebensjahr beständen, sei in diagnostischer Hinsicht von einer rezidivierenden depressiven Störung mit chronischem Verlauf und einer gegenwärtig leichtgradigen Episode auszugehen. Differenzialdiagnostisch wäre an eine Neurasthenie, aber auch an eine Adoleszentenkrise zu denken. Gegen eine mittelgradige oder gar schwere Depression spreche die Tatsache, dass sich anamnestisch keine Freud-, Lust- oder Interessenlosigkeit und weder eine andauernd bedrücktraurige oder gereiztaggressive Stimmung noch relevante kognitive Beeinträchtigungen nachweisen liessen. Den Angaben der Versicherten zufolge träten seit dem 15. Lebensjahr immer wieder depressive Phasen auf, verbunden mit Stimmungsschwankungen, Erschöpfungsgefühlen, Schlafstörungen, sozialem Rückzug und einem Gefühl der allgemeinen Sinnlosigkeit. Vor zwei Jahren sei es bezüglich all dieser Beschwerden zu einer deutlichen Verbesserung gekommen, allerdings leide sie nach wie vor unter zeitweise ausgeprägten Erschöpfungsgefühlen. Des Weiteren liessen sich akzentuierte, selbstunsichere und vermeidende Persönlichkeitszüge erkennen sowie

aktenanamnestisch eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung festhalten. Aktuell beständen keine Symptome einer Panikstörung mehr. Lediglich bei ausgeprägten Schmerzen oder in ausgeprägter Stresssituation beklage sie subjektiv eine gewisse Atemstörung. Dieses Symptom sei jedoch der rezidivierenden depressiven Störung zuzuschreiben. Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens erklärte Dr. B., dass die Angaben der Versicherten nicht immer konsistent seien. Beispielsweise beklage sie sich über eine erhebliche aktuelle Schmerzintensität, gleichzeitig deuteten Mimik und Gestik zu keinem Zeitpunkt der 1,75 Stunden dauernden Untersuchung ein Schmerzerleben an. Sie beklage sich auch über eine erhebliche Konzentrationsstörung und gebe an, sich lediglich noch etwa fünfzehn Minuten konzentrieren zu können und danach eine Pause zu benötigen. Während der aktuellen Untersuchung habe sie jedoch einen sehr konzentrierten und aufmerksamen Eindruck hinterlassen. Therapien nehme sie in Anspruch und zwar praktisch ununterbrochen seit 2017. Seither lasse sich auch ein ausgewiesener Leidensdruck aus rein psychiatrischer Sicht feststellen. Es müsse indes eine ungleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen festgestellt werden. Einerseits berichte sie über einen Tagesablauf, dem zu entnehmen sei, dass sie die anfallenden Alltagsarbeiten bewältigen könne. Gleichzeitig gehe sie in der Selbstbeurteilung der Arbeitsfähigkeit davon aus, dass sie zu keiner höheren Arbeitsfähigkeit als einer solchen von zwei Stunden pro Tag fähig sei. Diese Diskrepanz lasse sich aus rein psychiatrischer Sicht nicht begründen. Als Ressourcen seien die vielseitigen Interessen der Versicherten zu nennen. Sie spiele gerne Klavier und singe auch gerne. Sie sei auch an Aktivitäten interessiert und lese zeitweise die Zeitung und schaue auch gerne Dokumentationsendungen. Darüber hinaus könne die psychosoziale Funktionsfähigkeit, abgesehen von derjenigen zur Mutter, als weitgehend intakt beurteilt werden. Schwerwiegende Psychopathologien liessen sich in der Persönlichkeitsstruktur nicht erkennen, welche auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung hinweisen könnten. Ferner beständen keine schwerwiegenden psychiatrischen Komorbiditäten. Das Funktionsniveau sei gemessen am Ratingbogen der Mini-ICF-APP leichtgradig eingeschränkt. Namentlich die Durchhaltefähigkeit, die Fähigkeit zu Spontanaktivitäten sowie die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien vermindert. Die Beschwerden aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leichtgradiger Episode schränken die Funktionsfähigkeiten ein. Die Versicherte könne zwei mal drei Stunden pro Tag arbeiten, dies entspreche einem Pensum von 75 %. Aufgrund ausgeprägter Beschwerden der rezidivierenden depressiven Störung sei im Zeitraum Mai 2017 bis etwa Mitte 2018 insgesamt von einer gemittelten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von etwa 40 % auszugehen. Während der teilstationären Behandlung in der Tagesklinik der I. vom 2. Januar 2018 bis 9. Mai 2018 habe eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Seit Mitte 2018 sei lediglich von einer etwa 25 %igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Aufgrund der aktuellen gutachterlichen Untersuchung werde die Weiterführung der bestehenden Gesprächspsychotherapie und der Psychopharmakotherapie empfohlen, dadurch lasse sich mit grosser Wahrscheinlichkeit eine weitere Stabilisierung und auch Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes erreichen. Die Prognose sei aus rein psychiatrischer Sicht nicht ungünstig.

5.10.3 In der Konsensbesprechung kamen die Gutachter überein, dass die aus psychiatrischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit von 25 % massgebend sei.

6.1 Dem von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung (BGE 134 V 231 E. 5.1) entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist

volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4). Zweck interdisziplinärer Gutachten ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen (BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Dasselbe gilt mit Blick auf die mitunter schwierige Abgrenzung der im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG versicherten Zustände von invaliditätsfremden Faktoren. Der abschliessenden, gesamthaften Beurteilung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit kommt dann grosses Gewicht zu, wenn sie auf der Grundlage einer Konsensdiskussion der an der Begutachtung mitwirkenden Fachärzte erfolgt (BGE 143 V 124 E. 2.2.4; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juli 2019, 8C_128/2019, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen).

6.2 Bei der Würdigung des Gutachtens darf das Gericht seine eigene Meinung ohne überzeugende Begründung nicht über diejenige der sachverständigen Person stellen, wobei aber zu prüfen ist, ob das Gutachten für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist und auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, ob es die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Behörde sie prüfen und nachvollziehen kann und ob die sachverständige Person nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche ihr die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, deutlich macht (Ueli Kieser , ATSG-Kommentar, 4. Auflage, Zürich/Bern/Genf 2020, Art. 44 Rz. 78 mit Hinweisen).

7.1. Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass die IV-Stelle den Sachverhalt unrichtig festgestellt beziehungsweise gewürdigt habe. Namentlich habe sie den vorgutachterlichen, ärztlichen Feststellungen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit nicht Rechnung getragen und unbesehen auf die attestierte gutachterliche Arbeitsfähigkeit von 75 % abgestellt. Hingegen hätten Dr. L. und lic. phil. M. in ihrem Bericht vom 3. Juni 2019 eine Arbeitsfähigkeit von 20 % attestiert und Dr. P. habe in seinem Bericht vom 29. Mai 2020 klar festgehalten, dass eine Prognose zum jetzigen Zeitpunkt nur schwer zu stellen sei, weshalb von einer langfristigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden müsse. Schliesslich habe Dr. N. am 22. Juni 2020 sogar eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert.

7.2 Der Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachperson einerseits und der Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits sind unterschiedlich; deshalb kann das Gutachten nicht stets infrage gestellt werden, wenn die behandelnden Arztpersonen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen; vorbehalten bleiben Fälle, in denen wichtige Aspekte benannt werden, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Kieser , a.a.O., Art. 44 Rz. 80). Ferner ist bei der Beweiswürdigung zu beachten, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinischpsychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteile des Bundesgerichts vom 29. Dezember 2017, 8C_629/2017, E. 4.3, vom 7. August 2018, 8C_200/2018, E. 6.3 und vom 5. April 2019, 9C_668/2018, E. 3.5; Kieser , a.a.O., Art. 44 Rz. 76). Eine Sachverhaltsfeststellung ist ferner nicht schon dann offensichtlich unrichtig, wenn sich Zweifel anmelden, sondern erst, wenn sie eindeutig und augenfällig unzutreffend ist. Es liegt noch keine offensichtliche Unrichtigkeit vor, nur weil eine andere Lösung ebenfalls in Betracht fällt, selbst wenn diese als die plausiblere erscheint. Diese

Grundsätze gelten auch in Bezug auf die konkrete Beweiswürdigung (BGE 147 V 194 E. 6.3.1; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juli 2022, 8C_105/2022, E. 1.2). 7.3.1. Vorab ist festzuhalten, dass sowohl Dr. C. in seinem rheumatologischen Gutachten als auch Dr. B. in seinem psychiatrischen Teilgutachten alle Aspekte der Krankheit berücksichtigt und gewürdigt haben. Insbesondere liegt eine objektive Befunderhebung und Auseinandersetzung mit Inkonsistenzen und Ressourcen vor. Aus rheumatologischer Sicht lassen sich das Schmerzsyndrom sowie die Müdigkeit und die Erschöpfung nicht erklären. Die Ursachen dafür sind gemäss den Berichten der behandelnden Ärzte sowie den gutachterlichen Erkenntnissen nicht somatischer, sondern vielmehr psychiatrischer Natur. Die Beschwerdeführerin wehrt sich gegen die von Dr. B. psychiatrisch begründete Arbeitsfähigkeit von 75 %, indem sie die vorangegangenen, anderslautenden Berichte der behandelnden Ärzte dem psychiatrischen Teilgutachten gegenüberstellt. Eine inhaltliche Auseinandersetzung mit der gutachterlichen Argumentation, die zur attestierten Arbeitsfähigkeit von 75 % führte, erfolgte hingegen nicht. Dr. B. hat die Berichte von Dr. L. und lic. phil. M., Dr. P. sowie der I. eingehend gewürdigt und dazu Stellung genommen (vgl. S. 20 und 21 des psychiatrischen Teilgutachtens vom 19. November 2020). So führte er aus, dass sich aktuell und im Vergleich zu den Erkenntnissen von Dr. P. in seinem Bericht vom 29. Mai 2020 keine Verlangsamung, keine Antriebsarmut und keine niedergestimmte Stimmung mehr nachweisen liessen. Auch seien während der Untersuchung keine Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen feststellbar gewesen. Ein direkter Vergleich der Befunde sei – so Dr. B. – schwierig, weil der behandelnde Psychiater vorwiegend subjektiv geklagte Beschwerden beschreibe. Zudem werde der Krankheitsverlauf nicht beschrieben, was nicht nachvollziehbar sei, zumal die Versicherte über eine deutliche Verbesserung der depressiven Beschwerden von vor zwei Jahren berichte. Des Weiteren begründe Dr. P. die anhaltende somatoforme Schmerzstörung nicht weiter. Die unterschiedliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit lasse sich mit der unterschiedlichen Diagnostik erklären. Zum Bericht von Dr. L. und lic. phil. M. vom 3. Juni 2019 äusserte sich Dr. B. ebenfalls dahingehend, dass die Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht weiter begründet worden sei. Die diagnostizierte Neurasthenie lasse sich aufgrund der aktuellen Untersuchung differenzialdiagnostisch jedoch in Betracht ziehen, diesbezüglich ergäben sich keine relevanten Diskrepanzen. Der Vergleich mit den Befunden gemäss Bericht vom 3. Juni 2019 ergebe, dass es bis heute zu einer deutlichen Verbesserung der gesundheitlichen Situation gekommen sei. Insbesondere seien in der aktuellen Untersuchung keine Gereiztheit, keine Merkfähigkeitsstörung, kein verlangsamtes Denken, keine Panikattacken und keine Erschöpfungszustände erkennbar gewesen. Die von Dr. L. und lic. phil. M. attestierte Leistungsfähigkeit von 20-30 % basiere auf ihrer damaligen Diagnostik, welche heute nicht zutreffe. 7.3.2. Im Ergebnis beschreibt Dr. B. eine merkliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes seit den Berichterstattungen der behandelnden Ärzte, womit die Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 75 % erklärbar ist. Zur in der O. festgestellten Leistungsfähigkeit von circa 55 % nahm Dr. B. ebenfalls Stellung und hielt fest, dass sich diese aus rein psychiatrischer Sicht retrospektiv nicht hinreichend erklären lasse aufgrund der Feststellungen in der aktuellen Untersuchung. Heute könne die psychosoziale Funktionsfähigkeit insgesamt als weitgehend intakt beurteilt werden. Schliesslich ist in Bezug auf die von Dr. N. in seinem Bericht vom 22. Juni 2020 attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 6. September 2019 festzuhalten, dass diese nicht begründet ist. Bezüglich der gemäss Dr. N. dafür wahrscheinlich ursächlichen Infektion mit Borrelien ist zu bemerken, dass die Resultate der

Borrelien-Serologie vom zuständigen Labor als grenzwertig und möglicherweise als unspezifisch beurteilt wurden (vgl. auch rheumatologisches Gutachten von Dr. C. vom 4. Oktober 2020, S. 12). Insofern ist eine volle Arbeitsunfähigkeit gestützt auf eine Borrelieninfektion nicht nachvollziehbar. Den von der Beschwerdeführerin angeführten Berichten der behandelnden Fachpersonen sind demnach keine Aspekte zu entnehmen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Es handelt sich letztlich um eine zeitlich und diagnostisch unterschiedliche Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes, die lege artis vorgenommen worden ist und somit Bestand hat. 8.1. Der Haupteinwand der Beschwerdeführerin richtet sich denn auch nicht in erster Linie gegen das bidisziplinäre Gutachten an sich. Die Versicherte macht geltend, dass die Vorinstanz – im Sinne einer vollständigen Sachverhaltsabklärung – die Abklärungen auf weitere Fachgebiete hätte ausdehnen müssen, um den Ursachen des Leidens auf den Grund zu gehen. So führt sie an, dass angesichts ihrer langen Leidensgeschichte und ihres jugendlichen Alters alles dafür getan werden müsse, dass der Sachverhalt umfassend geklärt werde und mögliche Zusammenhänge und Gründe für ihren Zustand gefunden würden. Da sie bereits von ihrem Hausarzt an das E. zur neurologischen und immunologischen Begutachtung überwiesen worden sei, seien die entsprechenden Abklärungsergebnisse in die Beurteilung miteinzubeziehen. 8.2 Nach der Rechtsprechung stellt das Gericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des strittigen Entscheids eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 144 V 210 E. 4.3.1 mit Hinweis). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 130 V 138 E. 2.1). Sie sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts vom 22. Juli 2022, 8C_105/2022, E. 4.1 mit Hinweisen). 9.1. Im Laufe des Beschwerdeverfahrens und somit nach Verfügungserlass wurden die Ergebnisse der neurologischen und immunologischen Untersuchungen am E. (Berichte vom 7. September 2021, 8. Oktober 2021 und vom 3. Januar 2022) eingereicht. Zusätzlich fand eine Abklärung hinsichtlich eines CFS statt. Der Bericht vom 11. Oktober 2022 liegt ebenfalls vor. Schliesslich war die Versicherte gemäss Austrittsbericht vom 8. April 2022 vom 21. Dezember 2021 bis zum 3. März 2022 stationär in der Klinik F. . 9.2. Im neurologischem Bericht vom 7. September 2021 wurden die bekannten Beschwerden wie diffuse Gelenkschmerzen (differenzialdiagnostisch: Fibromyalgie), chronische, schwere Fatigue, Verdacht auf eine leichtgradige ADS sowie rezidivierende depressive Störung genannt. Bei der Versicherten liege seit Jahren ein generalisiertes Schmerzsyndrom mittlerweile aller Gelenke vor. Nach mehrfacher rheumatologischer, internistischer, psychiatrischer und psychosomatischer Abklärung handle es sich am ehesten um ein funktionelles Syndrom. Die Schmerzen zeigten sich therapieresistent auf konservative und medikamentöse Massnahmen. Anamnestisch liege ein seit Jahren stabiler Verlauf vor mit chronischen, mittelschweren und alltagseinschränkenden Schmerzen. Für die Versicherte sei vor allen Dingen die schwere kognitive und motorische Fatigue mit episodischen Erschöpfungszuständen belastend. Klinisch seien aktuell keine fokalneurologischen Ausfälle festzustellen. Am 8. Oktober 2021 folgte die planmässige Vorstellung zur Befundbesprechung der MRT des Neurokraniums zum Ausschluss einer neurologischen Grunderkrankung bei chronischer Fatigue. In der aktuellen MRT vom 17. September 2021 zeige sich kein organisches Korrelat für die schwere Fatigue mit subjektiver Angabe von Konzentrationsstörungen. Bei

ausgeprägter Fatigue und subjektiven Konzentrationsschwierigkeiten wünsche die Versicherte eine neuropsychologische Abklärung, welche idealerweise im Rahmen des Aufenthaltes in der Klinik F. erfolgen könne. 9.3 Anlässlich der immunologischen Sprechstunden im E. vom 12. November 2021 und 17. Dezember 2021 wurden folgende Diagnosen gestellt: Arthralgien seit ca. 2004, aktuell ohne Hinweise für eine immunologische Erkrankung; chronic Fatigue seit ca. 2011, keine Hinweise für eine Kollagenose, Substratmangel oder Systemerkrankung; gastrointestinale Beschwerden seit Kindheit und eine Atopie. Im Labor zeigten sich keine der häufigen Ursachen für eine chronische Fatigue wie Anämie, Vitamin B12-Mangel, Eisenmangel oder Vitamin D-Mangel. In der MRT der Hände seien trotz der seit 17 Jahren bestehenden Arthralgien der Handgelenke weder Zeichen einer Arthritis noch einer Tenosynovitis erkennbar. Das Röntgenbild sei ebenfalls altersentsprechend. Allgemein seien die Befunde unauffällig. Zusammenfassend fänden sich in der aktuellen Abklärung keine Hinweise für eine immunologische oder rheumatologische Ursache der Gelenkbeschwerden und der Fatigue. Eine entzündliche Systemerkrankung könne somit mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden (vgl. Bericht vom 3. Januar 2022). 9.4 Die Versicherte hielt sich sodann vom 21. Dezember 2021 bis zum 3. März 2022 stationär in der Klinik F. auf. Als Hauptdiagnose wurde im Austrittsbericht vom 8. April 2022 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), festgehalten. Als Nebendiagnosen wurden akzentuierte, selbstunsichere und zwanghafte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73), eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) sowie eine Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD-10 F98.8) genannt. Die Versicherte sei infolge zunehmender Erschöpfung und einer depressiven Entwicklung mit Ängsten bei chronischer Schmerzsymptomatik eingetreten. Diagnostisch sei von einer seit Kindheit bestehenden chronischen Schmerzstörung unklarer Genese sowie einer rezidivierenden depressiven Symptomatik auszugehen. Mögliche traumatische Erlebnisse als Auslöser liessen sich in der Anamnese nicht hinreichend eruieren. Die Versicherte leide sehr unter dieser Schmerzsymptomatik am ganzen Körper, vorwiegend an den Gelenken, die sie im Alltag massiv einschränke, so dass sie kaum in der Lage sei, einem regelmässigen Tagesablauf nachzugehen. Sie ermüde schnell und müsse häufig Pausen einlegen, was ihre Leistungs- und Arbeitsfähigkeit deutlich einschränke. Hinzu komme eine seit Kindheit bestehende ADS mit Konzentrationsproblemen bei hoher Ablenkbarkeit. Die immer wieder auftretenden dissoziativ anmutenden Zustände könnten im Sinne eines Reizschutzes im Rahmen der ADS eingeordnet werden. Die Diagnose ADS sei für die Versicherte in dem Sinne sehr hilfreich, dass sie ihre Probleme in der Konzentration und der Aufmerksamkeit besser einordnen könne. Diese Schwierigkeiten hätten ebenfalls zu einer Verminderung des Selbstwertgefühls beigetragen. Die Versicherte sei in einem psychisch stabileren Zustand aus der Klinik entlassen worden. Sie kehre in die gemeinsame Wohnsituation mit ihrem Partner zurück. Sie werde ihre Tagesstruktur mit Klavierunterricht, Tätigkeit in einer Bibliothek und Betreuung einer älteren Dame stundenweise fortsetzen. 9.5 Zuletzt wurde ein Bericht des E., Abteilung Psychosomatik, vom 11. Oktober 2022 eingereicht. Es ging um die Abklärung bezüglich eines möglichen CFS. Bei der Versicherten ständen klinisch chronische Schmerzen am ganzen Körper seit der Kindheit sowie eine chronische Müdigkeit und Erschöpfbarkeit seit der Jugend im Vordergrund. Diese seien aufgrund des psychopathologischen Befundes und der testdiagnostischen Ergebnisse als ein chronisches Schmerz- und Erschöpfungssyndrom zu werten. Nach Berücksichtigung der anamnestischen Angaben und der Vorgeschichte sei

diagnostisch von einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode, einer ADS, einer Autismusspektrumstörung sowie einer Somatisierungsstörung auszugehen. Die Versicherte sei der Klinik aufgrund der starken Müdigkeit und Erschöpfbarkeit zur Beurteilung eines CFS zugewiesen worden. Es sei zu betonen, dass die Müdigkeit ein unspezifisches Syndrom sei. Zudem handle es sich beim CFS um eine Ausschluss-diagnose. Bei lediglich 0,2-0,8 % der Patienten mit dem Leitsymptom Müdigkeit werde ein CFS diagnostiziert. Der grösste Teil der Diagnosen entfalle auf eine depressive Episode oder eine Angststörung (1,8-76,7 %). Die Versicherte leide an einer depressiven Störung, wodurch die Diagnose eines CFS zusätzlich erschwert werde. Die Anamnese sowie das Ergebnis gemäss der "Kanadischen Konsensuskriterien" legten zwar ein CFS nahe. Es müsse aber festgehalten werden, dass ein CFS eine unspezifische Diagnose sei, hinter welcher eine Vielzahl unterschiedlicher Zustände und Erkrankungen stecken könnten. Im vorliegenden Fall sei wahrscheinlicher, dass die Vulnerabilität für Schmerzen sowie die Erschöpfbarkeit durch eine Hirnfilterfunktionsstörung hervorgerufen und beeinflusst würden. Eine solche sei bei einer ADS vorhanden. Zudem könne sie ebenfalls durch eine Autismusspektrumstörung hervorgerufen werden. ADS/ADHS sowie Autismusspektrumstörungen hätten eine hohe Komorbidität, wodurch sehr gut möglich sei, dass beide bei der Versicherten vorliegen könnten. 10. Die zusätzlichen neurologischen und immunologischen Abklärungen haben keine neuen Erkenntnisse zutage gebracht, die auf eine medizinische Fehlbeurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 20. April 2021 schliessen lassen. So konnte weder eine immunologische noch eine neurologische Ursache für die Leiden der Beschwerdeführerin, namentlich für die Erschöpfbarkeit und die Schmerzsymptomatik, eruiert werden. Im Ergebnis wurden weiterhin, wie bereits in den früheren Berichten der behandelnden Ärzte sowie im bidisziplinären Gutachten von Dr. B. und Dr. C. , eine rezidivierende depressive Störung, ein Schmerzsyndrom, akzentuierte, unsichere/vermeidende Persönlichkeitszüge sowie eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung diagnostiziert. Auch dem Austrittsbericht der Klinik F. sind keine wichtigen medizinischen Aspekte zu entnehmen, die im Zeitpunkt des Verfügungserlasses übersehen worden sind. Die Hauptbeschwerden der Versicherten werden je nach diagnostischem Blickwinkel eher der ADS oder der rezidivierenden depressiven Störung zugeordnet, so im Austrittsbericht der Klinik F. vom 8. April 2022. Demgegenüber wird im Abklärungsbericht des E. , Abteilung Psychosomatik, vom 11. Oktober 2022 erkannt, dass die Diagnose CFS nicht gesichert sei, die Beschwerden aber eher der ADS, namentlich der Hirnfilterfunktionsstörung, zuzuordnen seien. Im Ergebnis ändert der unterschiedliche diagnostische Blick nichts an den bestehenden Funktionseinschränkungen. Diesbezüglich lässt sich den nachgereichten medizinischen Berichten ebenfalls keine massgebende zusätzliche Information entnehmen, die im Zeitpunkt der Verfügung vom 20. April 2021 hätte berücksichtigt werden müssen. In Bezug auf eine mögliche Autismusspektrumstörung handelt es sich nur um eine Verdachtsdiagnose, die im gegebenen Zeitpunkt nicht zu berücksichtigen ist. Hingegen ist den Berichten der Klinik F. vom 8. April 2022 und dem Bericht des E. , Abteilung Psychosomatik, vom 11. Oktober 2022 zu entnehmen, dass bei der Beschwerdeführerin eine mittelgradige Episode der rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert worden ist. Dabei könnte es sich um eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. B. handeln, der damals in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 19. November 2020 eine leichte Episode der rezidivierenden depressiven Störung feststellte. Allfällige Verschlechterungen nach Verfügungserlass sind jedoch nicht im vorliegenden Beschwerdeverfahren, sondern

im Rahmen einer Neuanmeldung geltend zu machen. 11. Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass die IV-Stelle auf das lege artis ergangene bidisziplinäre Gutachten von Dr. B. und Dr. C. vom 4. Oktober 2020/19. November 2020 abstellen durfte und zurecht einen Anspruch auf eine Invalidenrente ohne Vor- nahme eines Einkommensvergleichs infolge Nichterfüllung der Wartezeit gemäss den Arbeitsunfähigkeitszeiten im bidisziplinären Gutachten verneint hat. Diesbezüglich ist auf die Verfügung vom 20. April 2021 zu verweisen. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 12.1 Es bleibt über die Kosten zu befinden. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb ihr die Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Da ihr mit verfahrensleitender Verfügung vom 2. Juni 2021 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden ist, gehend die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- vorläufig auf die Gerichtskasse. 12.2 Gemäss Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung mit verfahrensleitender Verfügung vom 2. Juni 2021 wird der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin ein Honorar aus der Gerichtskasse ausgerichtet. Für das vorliegende Verfahren wird ein Honorar von Fr. 2'630.50 in Rechnung gestellt (inkl. Auslagen von Fr. 89.10 sowie 7,7 % Mehrwertsteuer), was nicht zu beanstanden ist. Der Rechtsvertreterin ist folglich ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'630.50 aus der Gerichtskasse auszurichten. 12.3 Die Beschwerdeführerin wird jedoch ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2021 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.