

BL_GERICHTE 720 21 178 / 26 vom 7. Mai 2021

BL Gerichte, 2021-05-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720 21 178 _ 26](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_21_178_26)

FR: BL_GERICHTE 720 21 178 / 26 du 7 mai 2021

IT: BL_GERICHTE 720 21 178 / 26 del 7 maggio 2021

Regeste

IV-Rente

Erwägungen

E. 2

Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. Mai 2021 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis). 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 wiederherstellen, 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). 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). 3.3 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 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). 4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung und im Streitfall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (vgl. BGE 115 V 133 E. 2, 114 V 310 E. 3c, 105 V 156 E. 1). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen,

ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (vgl. Ulrich Meyer-Blaser, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: René Schaffhauser/Franz Schläuri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

4.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle relevanten Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; AHI-Praxis 2001 S. 113 E. 3a).

4.3 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten und Ärztinnen darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte oder Ärztinnen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte und Ärztinnen wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1 mit Hinweisen).

E. 5

Das Administrativverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C_57/2019, E. 3.2).

6.1 Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und die Arbeitsfähigkeit der Versicherten ist vorliegend auf das polydisziplinäre Gutachten der C.____ vom 25. November 2019 hinzuweisen. Die Gutachter aus den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Pneumologie, Psychiatrie und Neuropsychologie diagnostizierten im Rahmen ihrer interdisziplinären Beurteilung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine histologisch gesicherte Small Fiber-Polyneuropathie, differentialdiagnostisch im Rahmen eines Sjögren-Syndroms, bei persistierender Schmerzsymptomatik der Füsse beidseits bis in die Unterschenkel ziehend, ohne Hinweise auf sensomotorische Ausfälle der unteren Extremitäten, (2) eine rezidivierende depressive Störung, leichtgradig (ICD-10 F33.0), und (3) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine arterielle Hypertonie, eine Adipositas Grad I, eine Endometriose, eine Kontrastmittelallergie, ein Favismus, eine Hyperurikämie, eine minimal eingeschränkte Nierenfunktion, ein rezidivierendes Zervikalsyndrom linksbetont, ein Morton Neurom am rechten Fuss, ein isolierter IgG4-Subklassenmangel, ein leichtgradiges Asthma bronchiale, eine REM-assozierte leichtgradige obstruktive Schlafapnoe und eine spezifisch isolierte Phobie (ICD-10 F40.2) genannt. In der Zumutbarkeitsbeurteilung führte die begutachtende Ärzteschaft aus, dass der Beschwerdeführerin wegen der Kombinationsdiagnose der rezidivierend depressiven Störung, leichtgradig mit mittelschweren Spitzen, sowie der chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren eine Arbeitsfähigkeit von 70% zu attestieren sei. Aufgrund der Inkonsistenz in der retrospektiven Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei rückblickend davon auszugehen, dass sie vom 15. Juli 2016 bis 31. März 2017 zu 50%, vom 1. bis 30. April 2017 zu 30%, vom 1. Mai 2017 bis 31. August 2017 zu 60% und vom 1. September 2017 bis 24. September 2019 zu 40% arbeitsunfähig gewesen sei. Bei einer Small Fiber-Neuropathie mit neuropathischer Schmerzsymptomatik bestehe aus neurologischer Sicht aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs eine Arbeitsfähigkeit von 80%. Es seien zudem qualitative Anpassungen am Arbeitsplatz sinnvoll, so dass häufige Positionswechsel möglich seien, was in der angestammten Tätigkeit als gegeben anzusehen sei. Polydisziplinär führend für die Beurteilung der Zumutbarkeit seien die neurologische und psychiatrische Beurteilung, wonach sowohl in einer angepassten als auch in der angestammten Tätigkeit im Berufsleben und auch im Haushalt gleichermassen gesamthaft eine Einschränkung von 30% zu attestieren sei. Im allgemein-medizinischen und im pneumo-logischen Teilgutachten seien keine die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden Diagnosen gestellt und es sei davon ausgegangen worden, dass die Beschwerdeführerin zu 100% arbeitsfähig sei. In der medizinischen Beurteilung wurde festgestellt, dass bezüglich

der langjährigen bilateralen Fusschmerzen eine Small Fiber-Neuropathie vorliege. Hinweise auf eine Polyneuropathie der grosskalibrigen Nervenfasern hätten sich aber nicht ergeben. Therapeutisch erfolge die Behandlung mit Pregabalin in der höchst-tolerierten Dosis mit 225 mg pro Tag. Zudem sei die Anwendung eines Capsaicin-Pflasters geplant. Bei langjährigen Gelenkschmerzen und einer Sicca-Symptomatik der Augen sei die Abklärung bezüglich eines möglichen Sjögren-Syndroms veranlasst worden. Diese Verdachtsdiagnose habe sich histopathologisch im Spital G.____ im Januar 2018 sichern lassen. Die im Vorfeld veranlasste Behandlung mit Hydroxychloroquin habe laut der Versicherten keine spürbare Besserung erbracht. Derzeit erfolge eine "low-dose"-Behandlung mittels Naltrexone 2 mg pro Tag. Hinsichtlich eines pulsierenden Ohrgeräuschs am rechten Ohr sei im Vorfeld die bildgebende Diagnostik (MRI des Neurokraniums am 23. März 2017) erfolgt, wobei sich ein unauffälliger Befund habe nachweisen lassen. Im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung hätten sich die Kriterien für eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradig mit mittelgradigen Spitzen, gezeigt. Zusätzlich seien die Kriterien für das Bestehen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erfüllt. Eine spezifische Phobie habe im explorativen Gespräch ebenfalls objektiviert werden können, wobei die Platzangst sich beim Durchfahren von Tunneln oder der Verwendung von Flugzeugen oder Aufzügen zeige. Diese sei therapeutisch aber gut behandelt, sodass diesbezüglich kein hoher Leidensdruck und keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe. Aus neuropsychologischer Sicht würden sich Einbussen im attentionalen, mnestischen und exekutiven Bereich zeigen. Im Aufmerksamkeitsbereich läge in den basalen Funktionen bei normgerechter Grundaktivierung eine leicht verminderte Aktivierbarkeit und ein leicht vermindertes kognitives Verarbeitungstempo vor. Unter komplexeren Anforderungen sei die geteilte Aufmerksamkeit ebenfalls leicht vermindert. Im Vordergrund stünde eine deutlich reduzierte Daueraufmerksamkeit mit vor allem verminderter quantitativer Arbeitsleistung und leichten qualitativen Einbussen im Sinne von Fehlern. Im exekutiven Bereich ergäben sich in der Verhaltensbeobachtung Hinweise für Probleme in der Handlungsüberwachung/Monitoring mit in verschiedensten Aufgaben auftretenden Fehlern, Regelbrüchen, Perseveration und häufig einer Unsicherheit betreffend die Antworten bei früheren Fragen. Diese Beschwerden seien alle minim bis leichtgradig, aber doch sich konstant durchziehend. Im mnestischen Bereich läge eine leicht reduzierte verbale Merkspanne und eine leicht- bis mittelgradige Speicherstörung mit Problemen im zeitlich verzögerten Abrufen und Wiedererkennen von gelernten Einzelinformationen vor. Unauffällige oder normgerechte Leistungen ergäben sich in den Bereichen Orientierung, Sprache, visuelle Wahrnehmung und Visuokonstruktion, im Aufmerksamkeitsbereich in der Grundaktivierung und im exekutiven Bereich im Arbeitsgedächtnis, in Flüssigkeitsleistungen, der Denkflexibilität und der Interferenzfestigkeit. Weitere psychiatrische Erkrankungen wie eine Erkrankung des schizophrenen Formenkreises, eine bipolare affektive Störung, eine andere eigenständige Angststörung, eine Zwangsstörung, eine PTBS, eine Persönlichkeitsstörung oder eine hirnorganische oder dementielle Entwicklung hätten anhand der beschriebenen Untersuchungsbefunde ausgeschlossen werden können. 6.2 Im Auftrag der IV-Stelle erachtete der Regionale ärztliche Dienst (RAD) das polydisziplinäre Gutachten als beweistauglich und die Zumutbarkeitsbeurteilung als nachvollziehbar. RAD-Arzt Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, hielt in seiner Stellungnahme vom 11. Dezember 2019 fest, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht die Feststellungen der Gutachter sachlich fundiert und

nachvollziehbar seien. Auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit leuchte auf dieser Grundlage ein.

6.3.1 Im Rahmen des Einwandverfahrens reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht von Dr. med. E.____, FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, vom 13. Mai 2020 ein. Dieser diagnostizierte (1) keine sichere Evidenz für ein primäres Sjögren-Syndrom und (2) chronische Schmerzen des Bewegungsapparats teils durch Fehlstatik teils durch Dekonditionierung teils durch Gelenkhypermobilität verursacht. Als nicht-rheumatologische Diagnosen nannte er einen IgG4-Subklassenmangel, Angaben von schwerer Erschöpfungs- und Fatiguesymptomatik seit Jahren, eine Endometriose und eine urticarielle Reaktion nach Gadoliniumgabe. Dr. E.____ führte in seinem Bericht aus, dass bei der Beschwerdeführerin einerseits chronisch-rezidivierende Beschwerden des Bewegungsapparats bestünden, wobei diese durch mehrere Faktoren insbesondere an den unteren Extremitäten verursacht würden. So lägen eine Fehlstatik der Füße mit sog. Metatarsalgien durch Überlastung der Metatarsaleköpfchen und ein Morton Neurom vor. Ob dieses viel zum Beschwerdebild am rechten Fuss beitrage, sei offen und könne allenfalls durch eine Infiltration festgestellt werden. Bei der statischen Problematik dürfte ein konsequentes Tragen von orthopädischen Massschuheinlagen helfen. Das Beschwerdebild an Füßen und Unterschenkeln würde durch die Symptomatik einer Small Fiber-Neuropathie überlagert, wobei typischerweise die klassischen Zeichen einer Polyneuropathie mit Hyporeflexie und Sensibilitätsstörungen fehlen würden, die Symptomatik aber dennoch vorhanden sei. Die Laborabklärungen würden keine Hinweise auf ein derartiges neurologisches Leiden auslösende Ursachen zeigen. Allenfalls wäre aber eine Assoziation mit einem Sjögren-Syndrom denkbar. Die übrigen Beschwerden des Bewegungsapparats würden wenig Spezifitäten zeigen und entzündliche Zeichen würden fehlen. Neben den Beschwerden des Bewegungsapparats bestehe bei der Beschwerdeführerin eine ausgeprägte Fatigue, die gutachterlich 2019 als leistungslimitierender Faktor aufgelistet, aber ohne weitere Diskussion als unspezifisch respektive als allenfalls dem psychiatrischen Leiden zugehörig interpretiert worden sei. Die in den Akten nur andiskutierte Frage der Existenz eines primären Sjögren-Syndroms könne auch aktuell nicht ganz abschliessend geklärt werden. Diese Frage müsse gesamthaft offenbleiben. Versicherungsmedizinisch müsse jedoch eine gutachterliche internistische-immunologische Beurteilung eingeholt werden mit differenzierterem Potential zur Abschätzung der noch möglichen Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin.

6.3.2 Zudem äusserte sich im Rahmen des Vorbescheidverfahrens auch die behandelnde Psychiaterin der Beschwerdeführerin Dr. med. F.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie. Am 13. Mai 2020 hielt sie fest, dass sie die Beschwerdeführerin seit 2013 wegen Angst und depressiven Symptomen behandle. Bei den Ängsten hätten isolierte Phobien (Tunnel, Lift) und agoraphobe Ängste mit Panikattacken vorgelegen. Es habe auch eine hohe Ängstlichkeit in Bezug auf körperliche Beschwerden bestanden. Die Depression sei gekennzeichnet gewesen durch eine negative Zukunftserwartung, Versagensängste, Gedankenkreisen, Schlafstörungen, mangelndes Selbstvertrauen sowie dem Eindruck, dem Leben nicht gewachsen zu sein. Ab 2015 habe die Beschwerdeführerin vermehrt über Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation und leichte Erschöpfbarkeit geklagt. Später habe sie besonders beim Gehen oder Stehen unter Schmerzen in den Fusssohlen zu leiden begonnen. Mitte 2016 habe sie sodann berichtet, dass eine Small Fibre-Myalgie sowie etwa ein Jahr später ein Sjögren-Syndrom diagnostiziert worden seien. Sie habe zunehmend über Schmerzen und Erschöpfungssymptome geklagt, wobei letztere nicht an das Auftreten der depressiven Symptomatik und deren Auslöser gebunden gewesen seien. Auch ein

psychischer Zusammenhang mit der Schmerzstörung sei nicht ersichtlich, da die Erschöpfung auch unabhängig von tatsächlichen oder erwarteten Schmerzen auftrete. Diese Symptomatik lasse sich daher nicht ausreichend plausibel in die bestehende psychiatrische Diagnostik einordnen. Bei Fehlen einer eindeutigen Befundlage von medizinischer Seite müsste daher auch ein chronisches Erschöpfungssyndrom diskutiert werden (ICD-10 G93.3). Das CFS sei eine Ausschlussdiagnose und könne erst gestellt werden, wenn keine andere medizinische Ursache für die Symptomatik in Frage komme. Die Krankheit sei multifaktoriell bedingt und beinhalte immer auch eine somatische Problematik, wobei die Versicherte die erforderlichen Kriterien erfülle.

6.4 Nach Einsicht in den Bericht von Dr. E.____ holte RAD-Arzt Dr. D.____ am 25. Juni 2020 eine Stellungnahme beim Spital G.____ ein. Am 21. August 2020 diagnostizierte die behandelnde Ärzteschaft des Spitals G.____ einen IgG4-Subklassenmangel, ein Sjögren-Syndrom, chronische strumpfförmige Beinschmerzen bei Small Fiber-Polyneuropathie unklarer Aetiologie, eine Urtikaria und eine Endometriose. Als Nebendiagnosen wurden eine chronisch-venöse Insuffizienz, eine arterielle Hypertonie, eine Adipositas, eine gastroösophageale Refluxerkrankung, eine Angststörung, ein Asthma bronchiale und ein leichtgradiges REM-assoziiertes Schlafapnoesyndrom genannt. In der Beurteilung wurde ausgeführt, dass sich bei der Beschwerdeführerin klinisch und laborchemisch ein stabiler Verlauf unter subkutaner Immunglobulin-Substitutionstherapie bei wahrscheinlich genetisch-determiniertem Antikörper-Mangelsyndrom zeige. Die ausgeprägte Fatigue-Symptomatik sei im Rahmen der primären Immundefizienz bzw. -regulation zu sehen.

6.5 Zu den Ausführungen von Dr. E.____ und Dr. F.____ vom 13. Mai 2020 und des Spitals G.____ vom 21. August 2020 äusserte sich die C.____ am 20. Januar 2021. Dabei wurde betreffend die Ausführungen von Dr. F.____ im Wesentlichen festgehalten, dass keine neuen Diagnosen angeführt würden, welche aus psychiatrischer Sicht die Erschöpfungssymptomatik erklären könnten. Deshalb werde weiterhin an der Einschätzung der Schmerzstörung in Zusammenhang mit der Erschöpfungssymptomatik festgehalten. Weiter wurde ausgeführt, dass die Chronic Fatigue völlig unspezifisch und so gut wie immer multifaktoriell bedingt sei. Es gäbe sie nach viralen Infekten, aktuell nach Covid-19, bei Sarkoidose und vielen anderen Krankheiten. Versicherungsmedizinisch als autonomes Leiden anerkannt werde sie so gut wie nie, ausser bei gewissen Tumorleiden. Betreffend den IgG4-Mangel wurde an der im Gutachten vertretenen Auffassung festgehalten, wonach es sich hierbei um eine Labordiagnose handle, welche ohne grosse klinische Bedeutung sei. Insgesamt ergäben die erhobenen Einwände keine Änderungen an der interdisziplinären Gesamtbeurteilung.

6.6 RAD-Ärztin Dr. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in ihrer Aktennotiz vom 2. März 2021 bezugnehmend auf die Ausführungen von Dr. F.____ vom 13. Mai 2020 und die Stellungnahme der C.____ vom 20. Januar 2021 fest, dass aus ihrer Sicht auf das psychiatrische und das neuropsychologische Teilgutachten der C.____ vom 25. November 2019 abgestellt werden könne.

7.1 Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 7. Mai 2021 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten vollumfänglich auf die Ergebnisse, zu denen die C.____ in ihrem polydisziplinären Gutachten vom 25. November 2019 gelangte. Sie ging demzufolge davon aus, dass bei der Beschwerdeführerin aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, leichtgradig mit mittelschweren Spitzen, sowie der chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren eine Arbeitsfähigkeit von 70% in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin letztlich nicht zu

beanstanden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.3 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien bestehen vorliegend nicht. Mit der IV-Stelle ist festzuhalten, dass das Gutachten der C.____ vom 25. November 2019 weder formale noch inhaltliche Mängel aufweist und dass es - wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 4.2 hiervor) - für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der aktuellen medizinischen Situation einleuchtet, sich mit den vorhandenen abweichenden ärztlichen Einschätzungen auseinandersetzt und in den Schlussfolgerungen überzeugend ist. Ebenso nimmt es eine schlüssige Beurteilung der aktuellen Arbeitsfähigkeit vor. Insgesamt entspricht das Gutachten der C.____ vom 25. November 2019 den Anforderungen des Bundesgerichts an den Beweiswert von medizinischen Berichten, weshalb die Beschwerdeführerin ihren Entscheid zu Recht darauf abgestellt hat. 7.2 Daran ändern die Einwände in der Beschwerde nichts. Soweit geltend gemacht wird, dass das Gutachten der C.____ vom 25. November 2019 für die strittigen Belange nicht umfassend sei und nicht auf allseitigen Untersuchungen beruhe, kann der Beschwerdeführerin schon mit Blick auf die vorstehenden Ausführungen in Erwägung 7.1 nicht gefolgt werden. Konkretisierend bringt sie sodann vor, die Gutachter hätten die Diagnose eines Sjögren-Syndroms nicht gestellt, aber in der Beurteilung darauf hingewiesen, dass die Behandlung dieser rheumatologischen Grunderkrankung im Vordergrund stehe. Unter diesen Umständen wäre zur umfassenden Abklärung des Gesundheitszustands auch eine rheumatologische Begutachtung notwendig gewesen. Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Zwar wurde aufgrund der Untersuchungen (Lippenbiopsie) im Spital G.____ das Sjögren-Syndrom bestätigt. Im Gutachten wurde das Sjögren-Syndrom als Differentialdiagnose zur histologisch gesicherten Small Fiber-Polyneuropathie genannt, was nicht zu beanstanden ist. Denn im Bericht vom 13. Mai 2020 des mit einer konsiliarischen Zweitmeinung durch die Beschwerdeführerin beauftragten Rheumatologen Dr. E.____ wurde festgehalten, dass keine sichere Evidenz für ein primäres Sjögren-Syndrom bestehe und die Frage des Vorliegens dieses Syndroms offenbleiben müsse. Dr. E.____ berief sich dabei auf die Feststellungen seiner persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin und hielt fest, dass lediglich 3 von 4 verlangten Diagnosepunkten vorgelegen hätten. Er wies dabei auch darauf hin, dass der augenärztliche Befund lediglich eine unspezifische Sicca-Symptomatik zeige und typische Antikörper fehlen würden. Zudem hätten sich keine Antikörper für verwandte Erkrankungen wie eine rheumatoide Arthritis oder ein Lupus Erythematodes nachweisen lassen. Dr. E.____ erachtete denn auch keine rheumatologische, sondern eine internistische-immunologische Begutachtung als angezeigt. Die Beurteilung durch den Rheumatologen Dr. E.____ macht deutlich, dass bei der Beschwerdeführerin keine rheumatologischen Befunde mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erhoben werden können. Daher ist das Vorgehen der C.____ nicht zu bestanden, welche auf eine Begutachtung in dieser Fachrichtung verzichtet hat. 7.3.1 Die Beschwerdeführerin moniert weiter, auf das Gutachten der C.____ könne auch deshalb nicht abgestellt werden, weil keine Begutachtung im Bereich Immunologie durchgeführt worden sei. Die Beschwerdeführerin leidet

unbestrittenermassen an einem isolierten IgG4-Subklassenmangel (Erstdiagnose: Juni 2007). Diese Immunschwäche führte in der Vergangenheit immer wieder zu rezidivierenden Bronchitiden und Pneumonien. Unter der wöchentlichen Substitution eines Immunglobulins kam es jedoch zu einer Stabilisierung des Gesundheitszustands (vgl. Bericht des Spitals G.____ vom 5. Oktober 2016, act. 27). Dass die Beschwerdegegnerin unter diesen Umständen bei gut eingestellter Immunsustitution darauf verzichtete, eine immunologische Begutachtung durchzuführen und die Beschwerdeführerin stattdessen wegen den bestätigten Bronchitiden und Pneumonien pneumologisch untersuchen liess, ist daher nicht zu beanstanden und tangiert den Beweiswert des Gutachtens der C.____ nicht.

7.3.2 Schliesslich wird in der Beschwerde kritisiert, die Fatigue-Problematik werde im Gutachten der C.____ ungenügend berücksichtigt. Die neuropsychologische Abklärung habe anhand der Fatigue Severity Scale ergeben, dass eine hohe Fatigue vorliege, was auch im Gutachten angeführt werde. Dazu ist festzustellen, dass es sich bei der Fatigue Severity Scale um einen Selbstbeobachtungsbogen handelt, der somit auf den subjektiven Angaben der versicherten Person beruht. Entsprechend vorsichtig ist denn auch dessen Auswertung im neuropsychologischen Fachgutachten formuliert. Demnach könnten nur die gegen Untersuchungsende festgestellten defizitären Leistungen im Aufmerksamkeitsbereich als Objektivierung dieser subjektiven Angaben zumindest bis zu einem gewissen Grad gewertet werden. Dem Fachgutachten ist weiter zu entnehmen, dass in der insgesamt 3 Stunden dauernden neuropsychologischen Untersuchung die Aufmerksamkeit und das Arbeitstempo im mittleren Bereich mit jedoch leichten Schwankungen bestanden hätten, wobei weder eine übermässige Ermüdbarkeit noch ein starker Leistungsabfall zu beobachten gewesen seien. Auch seien keine Pausen eingelegt worden. Die Beschwerdeführerin habe aber im attentionalen, im mnestischen und im exekutiven Bereich Beeinträchtigungen gezeigt. Unauffällige oder normgerechte Leistungen hätten sich in den Bereichen Orientierung, Sprache, visuelle Wahrnehmung und Visuokonstruktion, im Aufmerksamkeitsbereich in der Grundaktivierung sowie im exekutiven Bereich beim Arbeitsgedächtnis, in den Flüssigkeitsleistungen, der Denkflexibilität und Interferenzfestigkeit ergeben. Insgesamt erscheint es unter Berücksichtigung dieser Untersuchungsergebnisse plausibel, wenn der Beschwerdeführerin ein wenig spezifisches neuropsychologisches Störungsmuster attestiert wird, welches sich am ehesten mit einer im Vordergrund stehenden Erschöpfungsproblematik vereinbaren lässt. Die unter diesen Umständen bescheinigte 70%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und einer angepassten Verweistätigkeit ist nicht zu beanstanden, werden dabei doch sowohl die festgestellten minimalen bis leichten Einschränkungen wie auch die bestehenden Ressourcen berücksichtigt. Daran ändert auch die Auffassung der behandelnden Psychiaterin Dr. F.____ nichts, welche eine Arbeitsfähigkeit von 30% attestiert, ohne diese jedoch substantiiert zu begründen. In diesem Zusammenhang ist ohnehin in Erinnerung zu rufen, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 170 E. 4) nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Weiter ist zu beachten, dass eine Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet den Gutachtern praktisch immer einen Spielraum für verschiedene medizinische Interpretationen, was zulässig und zu respektieren ist, sofern die Gutachter - wie hier - lege artis vorgegangen

sind. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Arztpersonen wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. April 2019, 8C_835/2018, E. 3 mit Hinweis). Die Beschwerdeführerin legt nicht substantiiert dar und es ist nicht ersichtlich, dass aus dem Bericht der behandelnden Ärztin Dr. F.____ vom 13. Mai 2020 auch Gesichtspunkte hervorgingen, die von den Gutachtern nicht berücksichtigt worden wären. Die Angaben der Psychiaterin überzeugen daher nicht und vermögen die Feststellungen im Gutachten der C.____ vom 25. November 2019 nicht zu erschüttern. 7.4 Somit steht fest, dass die Beschwerdegegnerin ihren Entscheid zu Recht auf das polydisziplinäre Gutachten der C.____ vom 25. November 2019 abstützte. Diesem ist nachvollziehbar zu entnehmen, dass der Beschwerdeführerin eine angepasste Tätigkeit zu 70% zumutbar ist. Damit anerkannte die Beschwerdegegnerin die von den Gutachtern einleuchtend dargelegten medizinischen Beschwerden und die gestützt darauf abgeleitete Einschränkung in der Leistungsfähigkeit. Eine andere Beurteilung drängt sich wie vorstehend ausgeführt auch unter Berücksichtigung der Berichte von Dr. E.____ und Dr. F.____ vom 13. Mai 2020 nicht auf, zumal Dr. E.____ in Bezug auf das Vorliegen eines Sjögren-Syndroms festhielt, dass diese Frage offenbleiben müsse. Damit lässt die vorhandene Aktenlage nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des massgebenden medizinischen Sachverhalts zu, weshalb dem Eventualantrag der Beschwerdeführerin, wonach ein Gerichtsgutachten einzuholen sei, nicht stattzugeben ist. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst zwar das Recht, Beweisanträge zu stellen, und - als Korrelat - die Pflicht der Behörde zur Beweisabnahme. Beweise sind im Rahmen dieses verfassungsmässigen Anspruchs indessen nur über jene Tatsachen abzunehmen, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhalts ergeben und dieser demnach hinreichend abgeklärt ist, kann auf ein beantragtes Beweismittel verzichtet werden. Die damit verbundene antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (vgl. BGE 141 I 64 E. 3.3, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c am Ende mit Hinweisen).

E. 8

In der angefochtenen Verfügung vom 7. Mai 2021 nahm die IV-Stelle gestützt auf das vorstehende medizinische Zumutbarkeitsprofil den Einkommensvergleich gemäss Art. 16 ATSG vor. Dabei stützte sie sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen auf die Lohnstrukturerhebungen (LSE) 2016 des Bundesamts für Statistik. Dieses Vorgehen wird von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht bestritten und hält auch einer richterlichen Überprüfung Stand. Demnach hat die Beschwerdeführerin vom 1. Juli 2017 bis 30. November 2017 bei einem Invaliditätsgrad von 50% Anspruch auf eine halbe Rente und vom 1. Dezember 2017 bis 31. Dezember 2019 bei einem Invaliditätsgrad von 40% unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 IVV Anspruch auf eine Viertelsrente. Nach diesem Zeitpunkt besteht bei einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 30% kein Anspruch mehr auf eine Rente.

E. 9

Zusammenfassend steht aufgrund der vorstehenden Erwägungen fest, dass die angefochtene Verfügung der IV-Stelle vom 7. Mai 2021 rechtens ist, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde unbegründet und deshalb abzuweisen ist.

E. 10

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. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb ihr die Verfahrenskosten zu überbinden sind. Diese werden mit dem von ihr bezahlten Vorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. Ein Anspruch auf Parteienschädigung besteht bei diesem Verfahrensausgang nicht (Art. 61 lit. g ATSG e contrario). Demgemäss wird erkannt: *://*: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. 3. Es wird keine Parteienschädigung ausgerichtet. Gegen diesen Entscheid wurde von der Beschwerdeführerin am 30. Mai 2022 Beschwerde beim Bundesgericht erhoben (siehe nach Vorliegen des Urteils: 9C_224/2022).

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