

FR_GERICHTE 608 2013 40 vom 20. April 2015

FR Kantonsgericht, 2015-04-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2013_40

FR: FR_GERICHTE 608 2013 40 du 20 avril 2015

IT: FR_GERICHTE 608 2013 40 del 20 aprile 2015

Regeste

Entscheidung des II. Sozialversicherungsgerichtshofes des Kantonsgerichts |
Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerde vom 12. März 2013 gegen die Verfügung vom 11. Februar 2013 ist durch einen ordentlich bevollmächtigten Rechtsvertreter fristgerecht bei der sachlich und örtlich zuständigen Beschwerdeinstanz eingereicht worden. Die Beschwerdeführerin hat ein schutzwürdiges Interesse daran, dass das Kantonsgericht, II. Sozialversicherungsgerichtshof, prüft, ob sie Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

E. 2

a) Im Sinne von Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1), welches hier aufgrund von Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) zur Anwendung kommt, ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 4 Abs. 1 IVG kann Invalidität die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat allerdings den bisher geltenden Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert, BGE 135 V 215, E. 7.3). Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Förderbaren wird dabei

Kantonsgericht KG Seite 4 von 16 weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49, E. 1.2; 102 V 165; AHI 2001 S. 228, E. 2b mit Hinweisen; vgl. auch BGE 127 V 294, E. 4c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie

mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind. b) Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen (Befunderhebung, Diagnosestellung) und Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person in ihren körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt, d.h. arbeitsunfähig ist (BGE 132 V 93, E. 4; 115 V 133, E. 2; 107 V 17, E. 2b; 105 V 156, E. 1). Der Grad der Arbeitsfähigkeit wird laut der Rechtsprechung nach dem Mass bestimmt, in welchem die versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen an ihrem angestammten Arbeitsplatz zumutbarerweise nicht mehr nutzbringend tätig sein kann. Nicht massgebend ist hingegen die bloss medizinisch-theoretische Schätzung der Arbeitsunfähigkeit (BGE 111 V 235, E. 1b mit Hinweisen). Bei langdauernder Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf hat die versicherte Person andere ihr offen stehende Erwerbsmöglichkeiten auszuschöpfen (BGE 115 V 403, E. 2; 114 V 281, E. 1d). Auch die Zumutbarkeit einer Invalidentätigkeit ist vor allem aus medizinischer Sicht zu beurteilen, wobei dieser Sachverhalt aufgrund des objektiven Befundes durch die Ärzte bestimmt wird (BGE 107 V 17, E. 2b; PETER OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, Dissertation, Freiburg 1995, S. 201). Insbesondere ist dabei nicht auf das subjektive Empfinden der versicherten Person abzustellen, hätte es doch diese ansonsten in der Hand, ihren Invaliditätsgrad selbst zu bestimmen. c) Der Sozialversicherungsrichter prüft objektiv alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, und entscheidet danach, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend ist und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351, E. 3a). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351, E. 3b/cc mit Hinweisen).

E. 3

Vorliegend ist streitig, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. Hierfür rechtfertigt es sich, die wichtigsten medizinischen Unterlagen durchzugehen.

Kantonsgericht KG Seite 5 von 16 Als Vorbemerkung ist festzuhalten, dass vorliegend der Zeitraum bis zum Datum der angefochtenen Verfügung vom 11. Februar 2013 zu beurteilen

ist. Wie noch zu zeigen sein wird, wurde die vorliegende Angelegenheit, was den massgebenden Zeitraum anbelangt, genügend abgeklärt und das medizinische Dossier ist diesbezüglich komplett. Auf eine zusätzliche ärztliche Beurteilung, wie dies von der Beschwerdeführerin beantragt wird, kann verzichtet werden. Was die im Herbst 2013 durchgeführten neurologischen Abklärungen anbelangt, so sind diese Ergebnisse im Rahmen einer allfälligen Neuanschuldung, nicht aber im vorliegenden Beschwerdeverfahren zu berücksichtigen, da sie erst die Zeit nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 11. Februar 2013 betreffen. Das medizinische Dossier ist damit vollständig und es kann abschliessend über den Fall entschieden werden. a) Vom 30. April 2009 bis 29. Juli 2009 wurde die Beschwerdeführerin in der F. _____ stationär behandelt. Im Austrittsbericht vom 29. Juli 2009 (Vorakten S. 28 ff.) wird die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10: F33.1) gestellt und der Beschwerdeführerin für die Dauer des Klinikaufenthalts eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Am 23. November 2009 stellte auch die behandelnde Ärztin, Dr. med. G. _____, Fachärztin für Innere Medizin FMH, welche die Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2005 hausärztlich betreut, die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10: F33.1). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wird ein Migräneleiden sowie Osteopenie der LWS erwähnt. Die Ärztin berichtet, dass die Beschwerdeführerin seit Herbst 2007 eine innere Unruhe verspüre, einhergehend mit somatischen Symptomen sowie Palpitationen. Sodann bestehe eine Selbstwertproblematik. Probleme am Arbeitsplatz, welche die Beschwerdeführerin immer bestens gemeistert habe, würden immer mehr Ängste auslösen. In der Folge leide die Beschwerdeführerin unter Schlafstörungen, Erschöpfungszeichen und Konzentrationsstörungen. Trotz grösster Willensanstrengung seien die Beschwerden progredient (Vorakten S. 56 ff.). Seit Januar 2008 befindet sich die Beschwerdeführerin bei Dr. med. H. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in Behandlung. In ihrem Bericht vom 25. Februar 2010 stellt die Ärztin die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD- 10: F33.1), bestehend seit dem Jahr 2007. Die Beschwerdeführerin leide aktuell unter einem labilen psychischen Gleichgewicht mit verminderter Belastbarkeit, Stressintoleranz, Konzentrationsstörungen, Selbstunsicherheit und Irritierbarkeit. Sie sei vom 30. April 2009 bis 30. September 2009 zu 100 Prozent und vom 1. Oktober 2009 bis 19. Januar 2010 zu 70 Prozent arbeitsunfähig gewesen. Seit 20. Januar 2010 bestehe bis auf Weiteres wieder eine Arbeitsunfähigkeit von 100 Prozent. Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar. Sinnvoll seien vorerst eine arbeitsmarktlich-medizinische Abklärung (zu 100 Prozent) und/oder ein Arbeitstraining zur Wiedererlangung der psychischen Stabilität (zu 50 Prozent). Eine berufliche Neuorientierung sei später angebracht (Vorakten S. 109 ff.; vgl. auch den Bericht vom 18. Februar 2010, Vorakten S. 203 f.). Am 8. April 2010 bestätigte der RAD-Arzt Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1); ein Gesundheitsschaden im Sinne der IV liege vor und es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit seit dem 30. April 2009. Die Beschwerdeführerin sei psychisch vermindert belastbar, das Konzentrations- und Auffassungsvermögen sei eingeschränkt; zudem bestünden eine Stressintoleranz, Selbstunsicherheit und Versagensängste. Die berufliche Wiedereingliederung

Kantonsgericht KG Seite 6 von 16 könne Mitte April 2010 mit einem Arbeitstraining in der D. _____ beginnen. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sei anfänglich 50

Prozent und könne langsam gesteigert werden, voraussichtlich bis auf 100 Prozent (Vorakten S. 113 f.). Im Verlaufsbericht vom 18. Februar 2011 bestätigte Dr. med. H. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.1); weiter wurde ein St.n. Erschöpfungssyndrom (Burn-out-Syndrom) (ICD-10: Z73.0) bei leistungsorientierter Persönlichkeitsstruktur diagnostiziert. Zwar habe durch die therapeutischen Massnahmen sowie durch das strukturierte Arbeitstraining der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verbessert werden können, eine Stabilisierung sei jedoch noch nicht erreicht. Auch im geschützten Rahmen zeige die Beschwerdeführerin eine erhöhte Vorausbeneigung bei hoher Leistungsbereitschaft, hohem Pflichtbewusstsein und Perfektionismus. Es bestehe nach wie vor eine innere Unruhe bei hohem Selbstanspruch, Ängstlichkeit, vermindertem Selbstwertgefühl, Versagensängsten und wechselnder depressiver Symptomatik. Der Beschwerdeführerin gelinge es zwar, eigene Bedürfnisse und Belastbarkeitsgrenzen besser wahrzunehmen, deren Umsetzung sei jedoch noch nicht gefestigt. Infolge des zur Chronifizierung neigenden Verlaufs und den bisherigen Beobachtungen müsse die Gefahr eines Rückfalls als hoch eingeschätzt werden. In einem leistungsorientierten Umfeld sei eine Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Wie weit zu einem späteren Zeitpunkt eine angepasste Tätigkeit zumutbar sei, bleibe offen (Vorakten S. 166 f.). Am 28. April 2011 bestätigte der RAD-Arzt Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, das Vorliegen eines Gesundheitsschadens im Sinne der IV und empfahl eine psychiatrische Begutachtung (Vorakten S. 179). b) In der Folge wurde die Beschwerdeführerin von Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, fachpsychiatrisch begutachtet. In seinem Gutachten vom 20. September 2011 stellt der Gutachter die Diagnose einer Dysthymie (ICD-10: F34.1); diese bestehe spätestens seit Ende 2010, zuvor sei seit Ende 2008 vom Vorliegen einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43) auszugehen. Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wird eine Persönlichkeit mit akzentuierten narzisstischen, perfektionistischen und histrionischen Zügen genannt; die Persönlichkeitszüge würden möglicherweise bereits seit der Adoleszenz bestehen (Vorakten S. 244 f.). Trotz der bestehenden Dysthymie sei die Beschwerdeführerin aus rein psychiatrischer Sicht grundsätzlich noch in der Lage, eine Berufstätigkeit auszuüben. Ihre aktuellen anxiodepressiven Symptome seien allenfalls leicht bis intermittierend mittelgradig ausgeprägt und würden ganz überwiegend von äusseren, krankheitsfremden Faktoren abhängen. Der Beschwerdeführerin sei ihre bisherige Tätigkeit aus rein psychiatrischer Sicht grundsätzlich weiterhin zu mindestens 7 Stunden täglich (2 mal 3,5 Stunden) zumutbar. Da sie schneller erschöpfbar sei und nur in einem etwas reduzierten Tempo arbeiten könne, sei von einer leichten Leistungsminderung von maximal 30 Prozent auszugehen. Aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht bestehe für die bisherige Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von maximal 40 bis 50 Prozent. Auch erscheine jede andere, dem Alter und Ausbildungsstand entsprechende Tätigkeit grundsätzlich möglich und zumutbar, wobei die Leistungsfähigkeit umso höher sei, je einfacher, strukturierter und ruhiger diese Arbeiten seien. Eine derartig angepasste Tätigkeit sei vollzeitig (zu 100 Prozent) zumutbar mit einer Leistungsminderung, die jedoch bei maximal 20 Prozent liege (Vorakten S. 237 f.).

Kantonsgericht KG Seite 7 von 16 c) Vom 19. Januar 2012 bis 25. Februar 2012 befand sich die Beschwerdeführerin in der K. _____. Im Austrittsbericht vom 9. Mai 2012 (Vorakten S. 300 f.) werden die folgenden Diagnosen gestellt: mittelgradige Episode einer

rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.1), protrahiertes Burnout-Syndrom (ICD-10: Z73) und Migräne (ICD-10: G43.0). Die Beschwerdeführerin würde unter Stressintoleranz, Minderung der Konzentrationsfähigkeit, ausgeprägter Verunsicherung mit starken Insuffizienzgefühlen und mangelndem Selbstvertrauen leiden; die psychische Belastbarkeit sei mittel- bis hochgradig vermindert. Diese Einschränkungen führten zu einem geringen Arbeitstempo, einer hohen Fehlerquote, mangelndem Durchsetzungsvermögen und mangelnder Initiative. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht zumutbar, indessen eine einfache, anspruchslose und gut strukturierte Tätigkeit mit geringer, gleichbleibender Belastung und einem Arbeitspensum von maximal 4 Stunden pro Tag. Durch ein konsequentes Weiterführen der therapeutischen Massnahmen sei die Beschwerdeführerin einer angepassten Tätigkeit mit reduziertem Pensum wieder dauerhaft und stabil gewachsen (Bericht vom 27. Juni 2012, Vorakten S. 315 ff.). Am 3. September 2012 reichte Dr. med. H. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, einen Verlaufsbericht ein (Vorakten S. 329). Darin bestätigt sie die vom Gutachter gestellte Diagnose einer Dysthymie (ICD-10: F34.1) bei einer Persönlichkeit mit akzentuierten narzisstischen, perfektionistischen und histrionischen Zügen. Weiter wird ein St.n. mittelgradiger Episode einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.1) mit Klinikaufenthalt vom 19. Januar 2012 bis 25. Februar 2012 diagnostiziert. Seit Ende 2011 habe sich der Gesundheitszustand mit verstärkter depressiver Symptomatik, Erschöpfung, Angespanntheit und Nervosität verschlechtert. Der Beschwerdeführerin sei es nicht mehr gelungen, die bereits erlangte verbesserte Selbstfürsorge aufrecht zu erhalten, sie habe erneut unter Selbstzweifeln, Insuffizienzgefühlen und Zukunftsängsten gelitten. Insbesondere die berufliche Situation mit noch nicht geklärter Zukunftsperspektive habe zu Verunsicherung und auf Grund der Persönlichkeitsstruktur zu wenig adaptivem Verhalten geführt. Im Anschluss an den stationären Aufenthalt bestehe eine verbesserte Selbstfürsorge, mehr Gelassenheit gegen sich selbst. Die Beschwerdeführerin habe erstmals etwas innere Ruhe gefunden; bezüglich beruflicher Zukunft sei sie jedoch unverändert verunsichert, nicht belastbar und perspektivenlos. Aktuell werde eine Erwerbstätigkeit zu 40 Prozent in einer angepassten Tätigkeit (harmonisches Arbeitsumfeld, ohne Zeit- und Leistungsdruck und der Möglichkeit zu selbstkontrolliertem Arbeitsbereich) als gegeben erachtet. Wie weit sich eine Erwerbstätigkeit zu einem späteren Zeitpunkt realisieren lasse, bleibe offen. In der Folge wurden dem Gutachter eine Stellungnahme der Beschwerdeführerin vom 18. Oktober 2011 zum Gutachten (Vorakten S. 273 ff.) sowie die aktuellen Arztberichte zur Stellungnahme unterbreitet. Am 18. September 2012 teilte der Gutachter mit, dass er an den Schlussfolgerungen seines Gutachtens unverändert festhalte (Vorakten S. 336); namentlich sei nicht von einer Veränderung im Sinne einer Verschlechterung auszugehen. Eine Neubegutachtung sei nicht indiziert (Vorakten S. 334). Am 29. Oktober 2012 bestätigte der Gutachter weiter, dass neben der diagnostizierten Dysthymie keine anderen Diagnosen mit invalidisierendem Einfluss bestehen würden. Trotzdem scheine es mit Blick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung aus versicherungsmedizinischer Sicht problematisch und letztlich nicht statthaft, einfach aus einer Diagnose allein praktisch „automatisch“ eine vollständige Arbeitsfähigkeit oder –unfähigkeit ableiten zu wollen. Bereits im Gutachten sei die zeitliche Zumutbarkeit als nur leicht vermindert eingeschätzt worden (7 Stunden täglich), auch die Leistungsminderung sei mit maximal 30 Prozent

Kantonsgericht KG Seite 8 von 16 beurteilt worden; diese Einschätzung habe sich auf die bisherige Tätigkeit und vor allem den bisherigen, langjährigen Arbeitsplatz bezogen. Eine

dem Alter und Ausbildungsstand entsprechende Tätigkeit sei bereits zum Zeitpunkt der Begutachtung als vollzeitig zumutbar angesehen worden, mit einer zu berücksichtigenden Leistungsminderung von maximal 20 Prozent. Diese Einschätzung erscheine auch heute noch gültig. Die Leistungsminderung hänge von den Anforderungen des Arbeitsplatzes ab und sollte sich mit der Zeit durch den Erwerb von zunehmender Routine weiter vermindern. Eine höhere und damit tatsächlich invalidisierende Beeinträchtigung durch die bestehende Dysthymie liege nicht vor (Vorakten S. 376 ff.). Am 30. September 2013 äusserte sich der RAD-Arzt Dr. med. L. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, dahingehend, dass das Gutachten vom 20. September 2011 alle Qualitätsanforderungen erfülle, die gewöhnlich an solche Gutachten gestellt würden. Die Ausführungen und vor allem die Schlussfolgerungen seien plausibel und nachvollziehbar. Demnach bestehe hier eine Dysthymie. Die Diagnose von Persönlichkeitszügen erfülle die Anforderungen an eine Persönlichkeitsstörung nicht. Persönlichkeitszüge würden keine gesundheitliche Störung im Sinne der Invalidenversicherung darstellen. d) Im Rahmen der beruflichen Massnahmen konnten die folgenden Beobachtungen gemacht werden: Vom 3. Mai 2010 bis 23. Mai 2010 sowie vom 14. Juni 2010 bis 15. August 2010 absolvierte die Beschwerdeführerin eine Abklärung im Bereich kaufmännische Berufe bei der D. _____. Dem Bericht vom 18. August 2010 (Vorakten S. 143 ff.) kann entnommen werden, dass der Beschäftigungsgrad von anfänglich 50 Prozent auf 70 Prozent habe erhöht werden können. Da die Beschwerdeführerin mit dieser erhöhten Präsenzzeit an eine kaum überwindbare Hausausforderung gelangt sei, habe das Arbeitspensum, nach Absprache mit der behandelnden Psychiaterin, wieder auf 50 Prozent reduziert werden müssen. Die Belastbarkeit der Beschwerdeführerin werde als gering eingestuft, das Befinden als instabil. Sie wirke sehr verunsichert, ihre Hände würden oft zittern und sie weine häufig. Es brauche scheinbar wenig, damit sie ungeduldig-hektisch, traurig-verzweifelt oder handlungsunfähig werde. Ihre Selbstsicherheit sei nach wie vor gering. Die Beschwerdeführerin besitze ein sehr gutes Auffassungsvermögen und habe durchwegs gute Ergebnisse erreicht. Sie verfüge über eine gute Lernfähigkeit und vermöge Erlerntes wieder abzurufen. Es falle ihr aber scheinbar schwer, ihr komplexes Denken und ihre Gewohnheit, viel Verantwortung zu tragen, auf eine einfache, ausführende Funktion herunter zu brechen; sie stelle sehr hohe Leistungsanforderungen an sich und sei enttäuscht über nicht perfekte Ergebnisse. Zwar könne sich die Beschwerdeführerin innerhalb eines Auftrages selbständig organisieren, strukturiert vorgehen und mitdenken, die Gesamtorganisation hingegen, wie etwa die Planung ihres Arbeitstages, überfordere sie derzeit noch. Auch sei ihre Umstellfähigkeit eingeschränkt; sie gerate schnell in Stress und das kurzfristige Eindringen in eine andere Arbeit falle ihr schwer (Vorakten S. 141). Obschon die Beschwerdeführerin ihre Konzentrationsfähigkeit als eingeschränkt beschreibe, hätten diesbezüglich grundsätzlich keine grösseren Auffälligkeiten festgestellt werden können. Die Beschwerdeführerin habe Mühe damit, sich abzugrenzen; es bestehe eine unabgegrenzte Überidentifizierung mit der Unternehmung (Vorakten S. 142). Für die Beschwerdeführerin sei es emotional belastend, langgeprägte Verhaltensmuster anzugehen und ihre Denkmuster zu verändern. Sie fühle sich sicher, wenn sie eine Aufgabe mit Verantwortung zu erledigen habe. Sie sei gerne produktiv und „wertvoll“ für eine Unternehmung; zudem sei es ihr wichtig, möglichst selbständig und exakt arbeiten zu können. Situationen, in denen sie Druck (Leistungsdruck, Kantonsgericht KG Seite 9 von 16 Zeitdruck) ausgesetzt sei, könne sie kaum aushalten. Dabei setze sie sich selbst rasch unter Druck, Aufgaben auf Anhieb zu begreifen und perfekt zu bearbeiten, und sei enttäuscht über sich selber, wenn ihr dies nicht gelinge.

Zudem gelinge es ihr nur mühsam, Aufgaben gelassen zu bearbeiten; sie setze sich oft selber Zeitlimiten (Vorakten S. 140). Es erscheine wichtig, dass die Beschwerdeführerin in einem engmaschig begleiteten Aufbautraining weiterhin Gelegenheit erhalte, ihre Selbstkompetenzen und Arbeitstechniken im Umgang mit Arbeitsanforderungen zu stärken, einen haushälterischen Umgang mit den eigenen Ressourcen und einen liebevolleren Umgang mit sich selbst sowie angemessene Leistungsmaßstäbe zu entwickeln. Ziel sei das Entwickeln von Bewältigungsstrategien im Umgang mit Belastungssituation (Vorakten S. 139). Vom 16. August 2010 bis 28. Februar 2011 absolvierte die Beschwerdeführerin im Rahmen eines Arbeitstrainings diverse Einsätze in verschiedenen Bereichen der D._____. Dabei habe die Beschwerdeführerin nicht die gewünschte Stabilisation ihrer Persönlichkeit und Steigerung der Belastbarkeit erreichen können. Ihre gesundheitliche Situation habe sich gegen Ende des Arbeitstrainings zusehends verschlechtert. Als zusätzliche Belastung sei hinzugekommen, dass in der letzten Arbeitswoche ihre Mutter im Sterben gelegen habe und die Beschwerdeführerin nicht mehr in der Lage gewesen sei, zur Arbeit zu erscheinen. Aus Sicht der D._____ sei die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin nicht stabil genug, um eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt ins Auge zu fassen. Es sei aber durchaus vorstellbar, dass sie in der Position einer freiwilligen Arbeit tätig werde (Vorakten S. 169).

E. 4

Vorab ist generell festzuhalten, dass sich das fachpsychiatrische Gutachten von Dr. med. E._____ vom 20. September 2011 auf eine ausführliche psychiatrische Exploration vom 15. September 2011 sowie auf das dem Gutachter zur Verfügung gestellte Dossier mit sämtlichen bisherigen ärztlichen Zeugnissen stützt. Das Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und ist in der Beurteilung der medizinischen Situation sowie der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend. a) Insbesondere was die vom Gutachter gestellte Diagnose einer Dysthymie (ICD-10: F34.1) anbelangt, ist das Gutachten gut begründet, logisch, nachvollziehbar und absolut überzeugend. Diesbezüglich wird im Gutachten ausgeführt, dass, wäre die Beschwerdeführerin zu einem früheren Zeitpunkt (etwa bereits im Verlauf des Jahres 2009 oder Anfang des Jahres 2010) psychiatrisch begutachtet worden, so wäre im Hinblick auf den zeitlichen Zusammenhang zwischen den diversen und wiederholten psychosozialen Belastungen (anhaltende Belastungen durch die Auseinandersetzungen und den Druck am Arbeitsplatz; Erkrankung und schliesslich Tod der Mutter) und der beklagten psychischen Symptomatik, also in Anbetracht des primär reaktiven Auftretens der beschriebenen psychischen Symptome, zunächst die Diagnose einer „Anpassungsstörung“ zu diskutieren gewesen (Vorakten S. 242). Eine Anpassungsstörung heile in der Regel innerhalb von sechs Monaten aus; spätestens nach zwei Jahren sollte selbst eine „längere depressive Reaktion“ abgeklungen sein. Da diese Zeitkriterien für die Diagnose einer Anpassungsstörung mittlerweile lange überschritten seien, sei die residuale Symptomatik neu zu diagnostizieren. Mittlerweile erfülle die von der Beschwerdeführerin entwickelte Symptomatik eindeutig die von der ICD-10 festgelegten Kriterien einer Dysthymie (Vorakten S. 243). Bei kritischer Hinterfragung sei die in den Vorberichten gestellte Diagnose einer echten rezidivierenden depressiven Störung gemäss dem „major depression“-Konzept im Sinne einer wirklichen „affektiven Psychose“ nicht

Kantonsgericht KG Seite 10 von 16 haltbar. Vielmehr bestätige der Krankheitsverlauf der Beschwerdeführerin geradezu exemplarisch die Diagnose der Dysthymie. Wie die ICD-10 ausdrücklich betone, könne eine Dysthymie auch dann diagnostiziert werden, wenn die gegenwärtigen Symptome die Diagnose einer depressiven Störung nicht rechtfertigen, dieses in der Vergangenheit hingegen zutraf, besonders zu Beginn der Störung. Zudem sei die Symptomatik der Beschwerdeführerin stark und ganz überwiegend durch äussere Umstände beeinflussbar und habe sich im Anschluss an eine starke psychosoziale Belastung entwickelt; die Abgrenzung echter depressiver Episoden im Krankheitsverlauf sei kaum möglich. Dies sei durchaus typisch für den späten Beginn einer Dysthymie (Vorakten S. 240). Die Kriterien einer echten Persönlichkeitsstörung seien sicher nicht erfüllt; eine solche Diagnose sei auch von keinem der behandelnden Ärzte je erwogen worden. Die Beschwerdeführerin verneine jegliche psychiatrische Auffälligkeiten oder gar Vorbehandlungen und jedweden grösseren Leidensdruck vor Beginn ihrer aktuellen Symptomatik. Sie beschreibe sich als sozial gut integrierten Menschen mit einer stetigen und sehr erfolgreich und mit Begeisterung ausgeübten Berufstätigkeit für immer die gleiche Firma über rund dreissig Jahre mit einer beachtlichen Karriere. Sie beschreibe zudem konstante soziale Beziehungen mit einer langjährigen Lebensgemeinschaft. Darüber hinaus unterhalte die Beschwerdeführerin Kontakte zu diversen Freunden und Kollegen. Primär verfüge die Beschwerdeführerin im Hinblick auf ihre diversen Interessen, Aktivitäten und ihre gute berufliche Karriere über gar überdurchschnittliche Ressourcen (Vorakten S. 242 f.). Allerdings hätten sich bereits im Rahmen der einmaligen gutachterlichen Exploration gewisse akzentuierte, einerseits recht rigide und perfektionistische, andererseits vor allem auch sehr narzisstische und mitunter gar histrion anmutende Persönlichkeitszüge gezeigt (Vorakten S. 241). Mittlerweile seien es vor allem diese akzentuierten Persönlichkeitszüge und narzisstischen Kränkungen, die der Beschwerdeführerin eine realistische Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung und ihrer psychosozialen Situation erschwert hätten und eine grosse Rolle bei dem protrahierten Krankheitsverlauf spielen würden. Es handle sich jedoch lediglich um akzentuierte Persönlichkeitszüge, bei denen davon auszugehen sei, dass sie einer willentlichen Kontrolle durchaus ein Stück weit zugänglich seien (Vorakten S. 241). Neben ihren akzentuierten Persönlichkeitszügen biete die Beschwerdeführerin multiple anxiodepressive Symptome in unterschiedlicher Ausprägung. Objektiv sei diese anxiodepressive Symptomatik in Anbetracht des bei der klinischen Untersuchung gewonnenen Eindrucks sowie bei Anwendung der standardisierten psychometrischen Skalen aktuell jedoch noch als leicht bis allenfalls intermittierend mittelgradig zu quantifizieren. Schon zu Beginn der Beschwerden sei diese depressive Symptomatik allenfalls mittelgradig ausgeprägt gewesen (Vorakten S. 240). Die akzentuierten Persönlichkeitszüge sowie die residuale anxiodepressive Symptomatik seien hingegen bei einer entsprechenden Willensanstrengung und ehrlicher Kooperationsbereitschaft und Motivation wenn auch nicht gänzlich, so doch zu einem grossen Teil zu kontrollieren und zu überwinden, als dass ihr die Wiederaufnahme einer ihrem Alter und Ausbildungsstand entsprechenden Tätigkeit grundsätzlich in zeitlich leicht reduzierter Form und unter Anerkennung einer gewissen Leistungsminderung weiterhin zumutbar sei (Vorakten S. 239). b) In seiner Stellungnahme vom 18. September 2012 hält der Gutachter erneut fest, dass bei der Beschwerdeführerin in Anbetracht der mittlerweile nur noch leicht bis allenfalls intermittierend mittelgradig ausgeprägten depressiven Symptomatik, der kaum möglichen Abgrenzbarkeit einzelner Episoden und der starken Beeinflussbarkeit der Symptomatik durch äussere Faktoren und Ereignisse nicht vom

Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung

Kantonsgericht KG Seite 11 von 16 im Sinne eines „major depression“-Konzeptes auszugehen sei. Vielmehr bestätige der Krankheitsverlauf der Beschwerdeführerin geradezu exemplarisch die Diagnose der Dysthymie (Vorakten S. 339). In der Stellungnahme vom 29. Oktober 2012 bestätigt der Gutachter erneut, dass es sich bei der Beschwerdeführerin nach Überschreiten des Zeitkriteriums zur Diagnose einer Anpassungsstörung diagnostisch seit spätestens Ende 2010 um eine Dysthymie handle. Zusätzlich biete die Beschwerdeführerin akzentuierte Persönlichkeitszüge, die hingegen keinen eigentlichen Krankheitswert hätten (Vorakten S. 376). Bei der Beschwerdeführerin würden auf psychiatrischem Fachgebiet keine anderen Diagnosen mit invalidisierendem Einfluss bestehen (Vorakten S. 375). c) Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung führte der Gutachter zwei psychometrische Testungen durch: die Hamilton Depression Scale (17 items) ergab 18 von 52 Punkten (wobei Werte zwischen 8 und 17 Punkten für ein leichtes und Werte zwischen 18 und 25 Punkten für ein mittelgradiges depressives Syndrom sprechen), die Depressionsskala M.A.D.R.S. ergab 19 von 60 Punkten (wobei Werte zwischen 16 und 20 Punkten für ein leichtes und Werte zwischen 21 und 40 Punkten für ein mittelgradiges depressives Syndrom sprechen) (Gutachten, Vorakten S. 245). Weiter wurde eine Persönlichkeitstestung „FPI Freiburger Persönlichkeitsinventar“ durchgeführt. Die Testauswertung ergab für die Bereiche „soziale Orientierung“, „Leistungsorientierung“, „Aggressivität“, „körperliche Beschwerden“ und die Sekundärskalen „Extraversion“ und „Emotionalität“ Werte innerhalb der Normalverteilung. Leicht unterhalb der Normalverteilung mit einem Stanine-Wert von 3 lagen die Aussagen zu den Bereichen „Lebenszufriedenheit“, „Gehemmtheit“, „Gesundheitssorgen“ und „Offenheit“. Deutlich erhöht mit einem Stanine-Wert von

E. 8

beziehungsweise 9 waren die Aussagen zu den Bereichen „Beanspruchung“ und „Erregbarkeit“ (Vorakten S. 245). Zusammenfassend spiegle das Testergebnis den klinisch gewonnenen Eindruck von der Beschwerdeführerin mit einer erhöhten Erregbarkeit und Beanspruchung durchaus wieder (Vorakten S. 244). Das Ergebnis der Laboruntersuchungen sprach entweder für eine schnelle Metabolisierung und eine zu geringe Dosierung oder eine eher unregelmässige Einnahme der Medikamente. Bei völlig fehlendem Plasmaspiegel für das Antidepressivum Cymbalta scheine in Anbetracht der angegebenen Dosierung von 120mg täglich eine fehlende Einnahme und damit ungenügende Compliance sehr wahrscheinlich. Weitere Kontrollen und gegebenenfalls Dosisanpassungen seien eventuell zu empfehlen (Vorakten S. 244). d) Nachdem die behandelnde Psychiaterin, Dr. med. H._____, zunächst eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10: F33.1) sowie einen St.n. Erschöpfungssyndrom (Burnout-Syndrom) (ICD-10: Z73.0) bei leistungsorientierter Persönlichkeitsstruktur diagnostiziert hatte (Berichte vom 25. Februar 2010 [Vorakten S. 109 ff.], vom 18. Februar 2010 [Vorakten S. 203 f.], und vom 18. Februar 2011 [Vorakten S. 166 f.]), bestätigte sie am 3. September 2012 die vom Gutachter gestellte Diagnose einer Dysthymie (ICD- 10: F33.1); weiter wurden die folgenden Diagnosen gestellt: Persönlichkeit mit akzentuierten narzisstischen, perfektionistischen und histrionischen Zügen sowie St.n. mittelgradiger Episode einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.1) (Vorakten S. 329). Dabei wurde weder die ursprüngliche Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung noch die neue Diagnose einer Dysthymie näher begründet. Die Berichte von Dr. med. H._____ sind

insofern widersprüchlich. Da die Ärztin die vom Gutachter gestellte Diagnose übernommen hat, lässt aber

Kantonsgericht KG Seite 12 von 16 darauf schliessen, dass sie sich seiner fachärztlichen Meinung anschliesst. Ihre Aussagen stehen damit nicht in Widerspruch zu denjenigen des Gutachters. e) Was den Bericht der K. _____ vom 9. Mai 2012 anbelangt, so wird auch hier die diagnostizierte mittelgradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.1) nicht weiter begründet; eben sowenig wird die Differentialdiagnose einer Dysthymie diskutiert. Das Burnout-Syndrom (ICD-10: Z73) wiederum wurde bislang von keinem anderen Arzt diagnostiziert. Hierzu führt der Gutachter aus, dass selbst wenn das Burnout-Syndrom initial als erfüllt zu erachten wäre, allenfalls zu diskutieren wäre, ob die initiale, primär reaktiv aufgetretene Symptomatik zunächst als Burnout-Syndrom oder als Anpassungsstörung zu interpretieren gewesen wäre, welche im Laufe der Zeit dann in eine depressive Episode übergegangen sei bzw. nach zwei Jahren nach den Regeln der ICD-10 als Dysthymie neu zu diagnostizieren sei. Dabei seien die Diagnosen einer Anpassungsstörung oder einer depressiven Episode vorzuziehen. Auf keinen Fall aber handle es sich bei den Diagnosen eines Burnout-Syndroms einerseits und einer rezidivierenden depressiven Störung andererseits um zwei unterschiedliche, nebeneinander bestehende Erkrankungen im Sinne einer echten Komorbidität (Vorakten S. 337). Es liegt damit auch in diesem Bericht kein Grund, die Aussagen des Gutachters in Zweifel zu ziehen. f) Was die von der Beschwerdeführerin kritisierte Dauer der psychiatrischen Exploration vom 15. September 2011 anbelangt, welche gemäss Angaben der Beschwerdeführerin nur knapp eine Stunde gedauert habe, so ist diese nicht zu beanstanden. Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung kommt es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des Schweizerischen Bundesgerichts 8C_639/2011 vom 5. Januar 2012, E. 4.3.1). Immerhin muss der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein. Dabei kann bei der Beurteilung einer somatoformen Schmerzstörung und deren Überwindbarkeit eine zwanzigminütige Untersuchung ausreichen, wenn keine konkreten Hinweise vorliegen, dass sich die kurze Untersuchungsdauer negativ auf die Qualität des Gutachtens ausgewirkt hat (Urteil des Bundesgerichts 8C_942/2009 vom 29. März 2010, E. 5.2). Solche Umstände sind hier aber nicht ersichtlich. Was die Stellungnahme des Gutachters vom 18. September 2012 anbelangt, so wurde der Gutachter gebeten, sich dazu zu äussern, ob er aufgrund der aktuellen ärztlichen Berichte weiterhin an seinem Gutachten festhalte oder ob eine Nachbegutachtung indiziert sei. Dies wurde vom Gutachter nach nochmaliger Lektüre des Gutachtens vom 20. September 2011 sowie der ihm unterbreiteten Unterlagen (Schreiben der Beschwerdeführern vom 18. Oktober 2011, zwei Berichte der K. _____ vom 9. Mai 2012 sowie 27. Juni 2012, ein Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. med. H. _____ vom 3. September 2012) verneint; dies mit der Begründung, es sei nicht von einer Veränderung im Sinne einer Verschlechterung auszugehen. Da dem Gutachter aktuelle Berichte der behandelnden Ärzte vorlagen, konnte er anhand der ihm zur Verfügung gestellten Unterlagen ohne weiteres zu diesem Schluss kommen, ohne ein persönliches Gespräch mit der Beschwerdeführerin zu führen. Die Beschwerdeführerin führt denn auch nicht aus, inwiefern ein persönliches Gespräch mit dem Gutachter dessen Stellungnahme beeinflusst hätte. In seiner Stellungnahme vom 29. Oktober 2012 bestätigte der Gutachter einmal mehr die gestellte Diagnose einer Dysthymie;

des Weiteren äusserte er sich zur diesbezüglichen bundesgerichtlichen

Kantonsgericht KG Seite 13 von 16 Rechtsprechung. Auch für diese Aussagen war kein weiteres Gespräch mit der Beschwerdeführerin notwendig. g) Damit kann zusammenfassend festgehalten werden, dass das fachpsychiatrische Gutachten von Dr. med. E._____ bezüglich der Diagnose einer Dysthymie (ICD-10: F34.1) umfassend, gut begründet, logisch, nachvollziehbar und absolut überzeugend ist; die Diagnose einer Dysthymie wird auch von der behandelnden Psychiaterin, Dr. med. H._____, bestätigt. Aus den übrigen medizinischen Akten ergeben sich keine Gründe, die die Aussagen des Experten in Frage zu stellen vermögen. Damit genügt das fachpsychiatrische Gutachten ohne Weiteres den formellen Anforderungen in Bezug auf die Beweiskraft. Die Vorinstanz hat damit zu Recht auf das fachpsychiatrische Gutachten abgestellt, welches eine Dysthymie diagnostiziert, bestehend spätestens seit Ende des Jahres 2010. Zuvor ist seit Ende des Jahres 2008 vom Vorliegen einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43) auszugehen.

5. a) Nach der im gebräuchlichen Klassifikationssystem ICD-10 enthaltenen Umschreibung ist Dysthymie eine chronische depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen (Ziffer F34.1). Das Bundesgericht hat in konstanter Rechtsprechung angenommen, eine Dysthymie sei den jeweiligen Umständen nach nicht invalidisierend (Urteile des Schweizerischen Bundesgerichts 8C_33/2014 vom 21. Februar 2014, E. 3.2.3, 8C_806/2013 vom 6. März 2014, E. 6.2, 8C_1025/2012 vom 13. März 2013, E. 3.1, und 9C_98/2010 vom 28. April 2010, E. 2.2.2). Diese Schlussfolgerung, die sich auf medizinische Empirie abstützt und damit eine Rechtsfrage darstellt, ist freilich nicht absolut zu setzen; eine dysthyme Störung kann die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall erheblich beeinträchtigen, wenn sie zusammen mit anderen Befunden – wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung – auftritt (Urteil des ehemaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 653/04 vom 19. April 2006, E. 3). Findet sich im Psychostatus indes nur eine Dysthymie, so kann das wohl eine Einbusse an Leistungsfähigkeit mit sich bringen, kommt aber für sich allein nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleich (Urteil des Schweizerischen Bundesgerichts I 649/06 vom 13. März 2007, E. 3.3.1 mit Hinweisen). Auch wenn bei der Dysthymie eine Arbeitsunfähigkeit bestehen kann, wird die Entschädigungswürdigkeit eben dieser Arbeitsunfähigkeit aberkannt und werden die betroffenen Versicherten vom Leistungsbezug in der Invalidenversicherung ausgeschlossen (KASPAR GEHRING, Sozialversicherungsrechtlicher Spardruck und privates Versicherungsrecht, in: HAVE 2014 S. 270 ff., S. 272; SANER/GEHRING, Überwindbarkeitsrechtsprechung zur Sozialversicherung – ein Irrläufer im Haftpflichtrecht, in: AJP 2012 S. 815 ff., S. 816 f.). b) Im vorliegenden Fall kann eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer ohne weiteres ausgeschlossen werden. Eine solche wurde von Dr. med. E._____ in seiner Stellungnahme vom 29. Oktober 2012 (Vorakten S. 376 ff.) mit Bezugnahme auf die Stellungnahme vom 18. September 2012 sowie das Gutachten vom 20. September 2011 glaubhaft begründet verneint. Auf psychiatrischem Fachgebiet würden keine anderen Diagnosen mit invalidisierendem Einfluss bestehen, die Kriterien einer echten Persönlichkeitsstörung seien sicher nicht erfüllt (Vorakten S. 375 und S. 241; vgl. hierzu auch die vorstehenden Ausführungen unter E. 4). Die Beschwerdeführerin biete nebst der Diagnose einer Dysthymie akzentuierte Persönlichkeitszüge, die hingegen keinen eigentlichen Krankheitswert hätten (Stellungnahme vom 29. Oktober 2012, Vorakten S. 376), sondern bei einer entsprechenden Willensanstrengung und ehrlicher

Kooperationsbereitschaft und Motivation wenn auch nicht gänzlich, so doch zu einem grossen Teil zu kontrollieren und zu überwinden wären, handle es sich doch keinesfalls um eine

Kantonsgericht KG Seite 14 von 16 echte Persönlichkeitsstörung (Stellungnahme vom 18. September 2012, Vorakten S. 335, und Gutachten vom 20. September 2011, S. 241). Auch der RAD-Arzt Dr. med. L. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, äusserte sich in seiner Stellungnahme vom 30. September 2013 dahingehend, dass die Diagnose von Persönlichkeitszügen die Anforderungen an eine Persönlichkeitsstörung nicht erfülle; Persönlichkeitszüge würden keine gesundheitliche Störung im Sinne der IV darstellen. Auch ergeben die fachmedizinischen Akten keine Anhaltspunkte für ein gewichtiges Vorliegen eines oder mehrerer der übrigen rechtsprechungsgemäss relevanten Kriterien, welche ausnahmsweise eine invalidisierende Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermögen (vgl. BGE 131 V 49, E. 1.2): Weder liegt nach Lage der Akten ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung vor (primärer Krankheitsgewinn; „Flucht in die Krankheit“), noch kann von einer Ausschöpfung der möglichen psychotherapeutischen Massnahmen respektive vom Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung trotz kooperativer Haltung der versicherten Person ausgegangen werden. Ebenso wenig ist ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens ersichtlich. Des Weiteren sind keine chronischen körperlichen Begleiterkrankungen ausgewiesen. Ein chronifizierter Krankheitsverlauf mit rezidivierender Symptomatik lässt sich zwar nicht von der Hand weisen. Dies reicht jedoch aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht alleine nicht aus, um in der bisherigen Tätigkeit eine Leistungsminderung von 40 Prozent oder mehr zu begründen. Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der anhaltenden beruflichen und privaten Belastungen augenscheinlich in einen Überforderungs- und Erschöpfungszustand geraten ist, ist angesichts der fachärztlich beschriebenen akzentuierten, leistungsorientierten Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin mit hoher Leistungsbereitschaft, hohem Pflichtbewusstsein und Perfektionismus wohl nachvollziehbar, invalidenversicherungsrechtlich jedoch mangels eines rechtserheblichen psychischen Gesundheitsschadens nicht versichert. c) Da bei der Beschwerdeführerin spätestens seit Ende des Jahres 2010 eine Dysthymie vorliegt, ist ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden ab 1. Januar 2011 zu verneinen. Da nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung versicherte Personen vom Leistungsbezug in der Invalidenversicherung auch dann ausgeschlossen sind, wenn eine diagnostizierte Dysthymie zu einer Arbeitsunfähigkeit führt, ist bei diesem Ergebnis auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht weiter einzugehen. Aus dem gleichen Grund ist kein Einkommensvergleich (Art. 16 ATSG) vorzunehmen. d) Für die Zeit von Ende 2008 bis Ende 2010 ist von einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43) auszugehen. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde der Beschwerdeführerin ab 30. April 2009 attestiert; am 9. November 2009 hat sich die Beschwerdeführerin bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug angemeldet. Unter Berücksichtigung der gesetzlichen Fristen (Einjahresfrist ab Eintritt der Arbeitsunfähigkeit: Art. 28 Abs. 1 IVG; 6-Monatsfrist ab Geltendmachung des Leistungsanspruchs: Art. 29 Abs. 1 IVG) hätte die Beschwerdeführerin damit frühestens ab Mai 2010 Anspruch auf eine IV-Rente. Da sich die Beschwerdeführerin vom 3. Mai 2010 bis 28. Februar 2011 in beruflichen Massnahmen befand und hierfür ein Taggeld der IV-Stelle erhielt, hat sie nicht zusätzlich Anspruch auf eine Rente (Art. 29 Abs. 2 IVG). Die

Frage, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin in diesem Zeitraum arbeitsunfähig war, kann demnach ebenfalls offen bleiben.

Kantonsgericht KG Seite 15 von 16 6. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die angefochtene Verfügung der Vorinstanz vom 11. Februar 2013 nicht zu beanstanden ist, weshalb sie zu bestätigen und die vorliegende Beschwerde vollumfänglich abzuweisen ist. 7. Die Gerichtskosten zu Lasten der unterliegenden Beschwerdeführerin werden auf 800 Franken festgesetzt und mit dem von ihr geleisteten Kostenvorschuss in der gleichen Höhe verrechnet. Da die Beschwerdeführerin mit ihren Anträgen unterliegt, hat sie keinen Anspruch auf Parteientschädigung.

Kantonsgericht KG Seite 16 von 16 Der Hof erkennt: I. Die Beschwerde wird abgewiesen. II. Es werden Gerichtskosten in der Höhe von 800 Franken zu Lasten von A. _____ erhoben und mit dem von ihr geleisteten Kostenvorschuss verrechnet. III. Es besteht kein Anspruch auf Parteientschädigung. IV. Zustellung. Gegen diesen Entscheid kann innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden. Diese Frist kann weder verlängert noch unterbrochen werden. Die Beschwerdeschrift muss in drei Exemplaren abgefasst und unterschrieben werden. Dabei müssen die Gründe angegeben werden, weshalb die Änderung dieses Urteils verlangt wird. Damit das Bundesgericht die Beschwerde behandeln kann, sind die verfügbaren Beweismittel und der angefochtene Entscheid mit dem dazugehörigen Briefumschlag beizulegen. Das Verfahren vor dem Bundesgericht ist grundsätzlich kostenpflichtig. Freiburg, 20. April 2015/dki Präsident Gerichtsschreiberin-Berichterstatteerin

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