

# **FR\_GERICHTE 608 2014 123 vom 27. Juni 2016**

FR Kantonsgericht, 2016-06-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2014\\_123](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2014_123)

FR: FR\_GERICHTE 608 2014 123 du 27 juin 2016

IT: FR\_GERICHTE 608 2014 123 del 27 giugno 2016

## **Regeste**

Entscheidung des II. Sozialversicherungsgerichtshofes des Kantonsgerichts |  
Invalidenversicherung

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) Die Beschwerde vom 30. Juni 2014 gegen die Verfügung vom 27. Mai 2014 ist durch die rechtsgültig vertretene Beschwerdeführerin formgerecht bei der sachlich und örtlich zuständigen Beschwerdeinstanz eingereicht worden. b) Beschwerden gegen Verfügungen der IV-Stelle sind innerhalb von 30 Tagen nach der Eröffnung der Verfügung einzureichen (Art. 56 und Art. 60 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). Die versicherte Person kann sich im Verfahren vor der IV-Stelle, wenn sie nicht persönlich zu handeln hat, jederzeit vertreten oder, soweit die Dringlichkeit einer Untersuchung es nicht ausschliesst, verbeiständen lassen. Solange sie die Vollmacht nicht widerruft, macht die IV-Stelle ihre Mitteilungen an die Vertretung (Art. 37 Abs. 1 und 3 ATSG). Wenn in Verletzung dieser Vorschrift eine Verfügung direkt der versicherten Person und nicht ihrem Rechtsvertreter eröffnet wird, darf ihr daraus kein Nachteil erwachsen (Art. 49 Abs. 3 letzter Satz ATSG). Gemäss der höchstrichterlichen Rechtsprechung führt dieser Zustellungsmangel aber nicht schlechthin zur Nichtigkeit des Verwaltungsaktes mit der Folge, dass die Beschwerdefrist von 30 Tagen nach Art.

Kantonsgericht KG Seite 4 von 16 60 ATSG nicht zu laufen beginnt. Vielmehr kann die fehlerhaft eröffnete Verfügung rechtsbeständig werden, wenn sie nicht innert vernünftiger Frist seit Kenntnis von deren Inhalt in Frage gestellt wird. Dies ist Ausfluss des auch in diesem prozessualen Bereich geltenden Grundsatzes von Treu und Glauben, an dem die Berufung auf Formmängel in jedem Fall ihre Grenze findet. In der Regel muss sich die versicherte Person spätestens am dreissigsten Tage nach der erfolgten Zustellung bei ihrem Rechtsvertreter oder ihrer Rechtsvertreterin nach dem weiteren Vorgehen erkundigen. Am folgenden Tag beginnt die Beschwerdefrist von 30 Tagen nach Art. 60 Abs. 1 ATSG zu laufen (Urteil BGer 9C\_741/2012 vom 12. Dezember 2012 E. 2 mit Hinweisen). Die nach Ablauf der ordentlichen Rechtsmittelfrist erfolgte zweite Zustellung eines mit Rechtsmittelbelehrung versehenen Entscheids vermag auch unter dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes keine neue Rechtsmittelfrist in Gang zu setzen. In BGE 115 Ia 12 E. 5c hat das Bundesgericht einschränkend ausgeführt, dass sich die Rechtsmittelfrist gestützt auf den verfassungsmässigen Anspruch auf Vertrauensschutz dann verlängern kann, wenn noch vor ihrem Ende eine entsprechende vertrauensbegründende Auskunft erteilt wird. Eine solche Auskunft kann darin bestehen, dass der mit einer Rechtsmittelbelehrung versehene

Entscheid dem Betroffenen noch vor Ablauf der Frist erneut zugestellt wird. Wenn die Auskunft (d.h. die zweite Zustellung) aber erst nach Ablauf der ordentlichen Rechtsmittelfrist erteilt wird, findet der Vertrauensschutz keinen Platz, fehlt es doch in diesem Fall an der nach der Rechtsprechung (BGE 117 II 508 E. 2) für die Berufung auf den Vertrauensschutz vorausgesetzten nachteiligen Disposition. Mit Ablauf der ordentlichen Rechtsmittelfrist tritt der Entscheid in Rechtskraft und ist nicht mehr anfechtbar, so dass dem Betroffenen durch eine spätere unrichtige Auskunft (Rechtsmittelbelehrung) grundsätzlich kein Nachteil erwachsen kann (BGE 118 V 190 mit weiteren Hinweisen). Vorliegend wurde die (ursprüngliche) Verfügung vom 8. April 2014 fälschlicherweise an die Beschwerdeführerin adressiert. Wann die Verfügung der Post übergeben wurde ist ebenso wenig aktenkundig wie das genaue Datum ihrer Zustellung an die Beschwerdeführerin. In Anbetracht dessen, dass Sendungen, welche mit B-Post versandt werden, in der Regel innerhalb von drei Arbeitstagen zugestellt werden und die Beschwerdefrist angesichts der Osterfeiertage vom 13. bis 27. April 2014 stillstand (vgl. Art. 38 Abs. 4 lit. a ATSG), ist im Folgenden davon auszugehen, dass die 30-tägige Beschwerdefrist erst nach dem Fristenstillstand – mithin am 28. April 2014 – zu laufen begann und am 27. Mai 2014 endete. Damit hat sich sowohl die Beschwerdeführerin noch vor Ablauf der Beschwerdefrist mit ihrer Rechtsversicherung in Verbindung gesetzt (Schreiben der Rechtsschutzversicherung vom 21. Mai 2014; Vorakten S. 293), als auch die Vorinstanz die vertrauensbegründende Auskunft erteilt, dass sie nochmals eine Verfügung erlassen werde (vgl. E-Mail vom 21. Mai 2014; Vorakten S. 290). Ebenfalls vor Ablauf der Beschwerdefrist und damit vor Eintritt der Rechtskraft wurde die (ursprüngliche) Verfügung vom 8. April 2014 „annulliert“ und durch eine (neue) Verfügung vom 27. Mai 2014 mit neuer Rechtsmittelbelehrung „ersetzt“ (Vorakten S. 296 f.). Angesichts dieser Umstände kann sich die Beschwerdeführerin auf den Vertrauensschutz berufen und es ist festzustellen, dass die Beschwerdeerhebung fristgerecht erfolgte. c) Die Beschwerdeführerin hat ein schutzwürdiges Interesse daran, dass das Kantonsgericht, II. Sozialversicherungsgerichtshof, prüft, ob die Vorinstanz den der angefochtenen Verfügung zu Grunde liegenden Sachverhalt genügend abgeklärt hat. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

Kantonsgericht KG Seite 5 von 16

## **E. 2**

a) Im Sinne von Art. 8 ATSG 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). Versicherte haben gemäss Art. 28 IVG 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) 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 invaliden-versicherungsrechtlich 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 weitgehend objektiv bestimmt (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 141 V 281 E. 3.7.1 mit Hinweisen). Gemäss bisheriger Rechtsprechung begründeten eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden als solche noch keine Invalidität. Es bestand die Vermutung, die Störung oder ihre Folgen seien mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar. Dennoch wurde bei solchen Leiden ausnahmsweise eine Invalidität angenommen, was anhand der sogenannten Förster-Kriterien geprüft wurde. Im Vordergrund stand die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein konnten auch folgende weitere Faktoren: Chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; „Flucht in die Krankheit“); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352). Diese Rechtsprechung wurde mit BGE 132 V 65 auf die Fibromyalgie und mit Urteil BGer I 70/07 vom 14. April 2008, bestätigt durch Urteil BGer 9C\_662/2009 vom 17. August 2010, auf das Chronic Fatigue Syndrom ausgeweitet. Im vorgenannten BGE 141 V 281 wurde diese Rechtsprechung teilweise geändert und dabei namentlich die Überwindbarkeitsvermutung aufgehoben. Anstelle des bisherigen Regel/Ausnahme-Modells trat ein strukturiertes, normatives Prüfraster. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung

Kantonsgericht KG Seite 6 von 16 getragen wird. Die an die Ärzte gestellten Anforderungen wurden dahingehend konkretisiert, dass aus den medizinischen Unterlagen genauer als bisher ersichtlich sein muss, welche funktionellen Ausfälle in Beruf und Alltag aus den versicherten Gesundheitsschäden resultieren. Diagnosestellung und Invaliditätsbemessung haben somit stärker als bis anhin die entsprechenden Auswirkungen der diagnoserelevanten Befunde zu berücksichtigen. Medizinisch muss schlüssig begründet sein, inwiefern sich aus den funktionellen Ausfällen bei objektivierter Zumutbarkeitsbeurteilung anhand der Standardindikatoren eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt. Wo dies nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan werden kann, trägt weiterhin die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare Leiden können somit eine Invalidität begründen, sofern funktionelle Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit zumindest überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem

anspruchserheblichen Ausmass nachgewiesen sind. Die auf Begrifflichkeiten des medizinischen Klassifikationssystems abstellende Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens kann indes von vornherein nur zu einer invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung führen, wenn sie unter dem Gesichtspunkt der – bis anhin in der Praxis zu wenig beachteten – Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Beruht die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Dies trifft namentlich zu, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, wenn intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, wenn keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, wenn demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Ob die ärztlichen Feststellungen auf einen Ausschlussgrund folgern lassen, ist als Rechtsfrage frei überprüfbar (Urteil BGer 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 2.2, 3 und 4.1 mit zahlreichen Hinweisen). c) Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, sind 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, das heisst 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; OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, 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.

Kantonsgericht KG Seite 7 von 16 d) Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Für diesen Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des – möglichen – Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Erlass des Einspracheentscheides zu berücksichtigen sind (vgl. BGE 129 V 222). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme

einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird gemäss Art. 28a IVG für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Abs. 2). Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Abs. 2 festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (Abs. 3). In BGE 137 V 334 hat das Bundesgericht die Rechtsprechung zur gemischten Methode bestätigt. e) 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 streitig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz den der angefochtenen Verfügung vom 27. Mai 2014 zu Grunde liegenden Sachverhalt genügend abgeklärt hat. In den Vorakten finden sich die folgenden medizinischen Unterlagen: a) Am 10. Dezember 2011 stellte sich die Beschwerdeführerin wegen rezidivierenden Erbrechens im C.\_\_\_\_\_ vor, von wo sie zur Evaluation des weiteren Procederes und Korrektur des Elektrolythaushaltes auf die internistische Station überwiesen wurde (undatierter Bericht des Inselspitals Bern, Universitäres Notfallzentrum; Vorakten S. 140). Sie war in der Folge bis zum 14. Dezember 2011 hospitalisiert. Im Austrittsbericht der Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin vom 20. Dezember 2011 wurden die folgenden Diagnosen gestellt: rezidivierende Unterbauchschmerzen multifaktorieller Genese, psychosomatisch aggraviert, Myoma uteri, fragliche Endometriose sowie St.n. Essstörung mit bulimischen Anteilen. Letztendlich sei die

Kantonsgericht KG Seite 8 von 16 Ursache der rezidivierenden Unterleibsschmerzen unklar geblieben, es würden aber sicherlich funktionelle Anteile bestehen. Die Beschwerdeführerin werde im Verlauf für eine Hospitalisation auf der Psychosomatik aufgeboten werden (Vorakten S. 146 f.; vgl. auch Kurzbericht vom 13. Dezember 2011 [Vorakten S. 142 f.]). Im (korrigierten) Austrittsbericht vom 2. April 2012 berichtete das C.\_\_\_\_\_, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, über die stationäre Abklärung und Behandlung der Beschwerdeführerin vom 31. Januar 2012 bis 1. März 2012 in der

psychosomatischen Klinik D.\_\_\_\_\_. Es wurden die folgenden Diagnosen genannt: Chronische Schmerzstörung (ICD-10: F45.41), V.a. Adenomyosis uteri, DD fragliche Endometriose, St.n. bulimischer Essstörung sowie Vitamin D-Mangel. Während der Hospitalisation hätten beständig mehr oder weniger starke Unterbauchschmerzen mit einem Intensitätslevel bis zu VAS 3 bestanden, lediglich in der letzten Therapiewoche sei es mit dem Eintreten der Menstruation zu einer erhöhten Intensität bis VAS 4 mit verhältnismässig gutem Ansprechen auf Dafalgan und Tramal gekommen. In den Einzelgesprächen seien ein ausgesprochen katastrophisierendes Interpretieren mit einer eher negativ gefärbten Zukunftserwartung sowie eine problematische interfamiliäre Interaktion deutlich geworden. Insbesondere der systemische Umgang mit Schmerzkrisen führe zu konflikthaften Eskalationen. Leider habe die Beschwerdeführerin einem vorgeschlagenen „Familiengespräch“ nicht zustimmen können. In der letzten Behandlungswoche sei es – ausgelöst durch die Enttäuschung über die wiederum überwiegend unauffälligen Abklärungsbefunde und der Unmöglichkeit, eine „harte“ Diagnose zu formulieren – zu einem Konflikt zwischen dem Ärzteteam und der Beschwerdeführerin gekommen. In dieser konflikthaft aufgeladenen Diskussion habe sich auch der Anspruch auf eine sozialrechtliche Unterstützung gezeigt, welche die Beschwerdeführerin von der Belastung durch die Berufstätigkeit befreien würde. Zusammenfassend sei bezüglich der Unterleibsbeschwerden von einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des Darms auszugehen. Zudem würden erhebliche biographische Belastungsfaktoren vorliegen. Gewalt und Übergriffserfahrungen würden zumindest für das Erwachsenenalter berichtet; frühere Traumatisierungen seien nicht erinnerlich. Es sei jedoch unverkennbar, dass Konditionierungseffekte, ungünstige Interaktionen im familiären Umfeld als auch Vermeidungsaspekte sekundär eine wesentliche Rolle spielen würden. Der Beschwerdeführerin wurde eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit vom 31. Januar 2012 bis 10. März 2012 attestiert (Vorakten S. 44 ff.; vgl. auch das Arztzeugnis des C.\_\_\_\_\_, Universitätsklinik und Poliklinik für Allgemeine Innere Medizin, vom 1. März 2012 [Vorakten S. 9]). Im Konsultationsbericht vom 10. Mai 2012 bestätigte das E.\_\_\_\_\_, Notfallstation, die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit aktuell massivsten diffusen Unterbauchschmerzen (Vorakten S. 131 f.). Am 16. Juli 2012 beurteilte Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, die Beschwerdeführerin zu Handen der Krankentaggeldversicherung wie folgt: Trotz der vielen Untersuchungen und Abklärungen bleibe die Situation diagnostisch unklar. Als Verdachts- Diagnosen würden weiter eine allfällige Endometriose und ein Colon irritabile bestehen. Als sichere Diagnosen könnten genannt werden: Chronische Schmerzstörung bei perimenstruellen Schmerzen seit Menarche sowie ein Uterus-Myom. Zusätzlich seien folgende Diagnosen gestellt worden: Pain Proneess sowie St.n. bulimischer Essstörung. Aus medizinischer Sicht könne folgendes Prozedere empfohlen werden: erneute gynäkologische Beurteilung inklusive diagnostische Laparoskopie zum Ausschluss oder eben zur Bestätigung einer Endometriose, Installation einer analgetischen Dauer- oder Basistherapie als Reserve-Medikation bei Schmerzdurchbrüchen, schmerzmodulierende Psychopharmakotherapie sowie Weiterführung der

Kantonsgericht KG Seite 9 von 16 etablierten psychiatrischen Betreuung. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könnten die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden bis heute nicht objektiviert werden. Schmerzbezügliche strukturelle Veränderungen könnten nicht sicher festgestellt werden, allerdings könne eine allfällige Endometriose auch nicht sicher ausgeschlossen werden. Aus versicherungsärztlicher Sicht

könne ein Arbeitsumfang von 50 Prozent (von 100 Prozent) bei einer Anstellung von 60 Prozent (von 100 Prozent) bestätigt werden (Vorakten S. 55 ff.; bestätigt durch den Bericht vom 23. Juli 2012 [Vorakten S. 56]; vgl. auch den Bericht vom 29. Februar 2012 [Vorakten S. 149], in dem der Arzt noch eine Arbeitsunfähigkeit von 100 Prozent ab dem 5. Dezember 2011 attestierte). Am 4. August 2012 wurde die Beschwerdeführerin durch Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH sowie für Pharmazeutische Medizin FMH, konsiliarisch untersucht. Es wurde die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) gestellt. Ausserdem liege ein schädlicher Gebrauch von Cannabis (ICD-10: F12.1) vor. Aus psychiatrischer Sicht sei unbestritten, dass das Störungsbild der Beschwerdeführerin Krankheitswert besitze. Allerdings sei bei einer somatoformen Schmerzstörung – abgesehen von einer befristeten Übergangszeit – prinzipiell von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Vorakten S. 63 ff.). Am 2. Oktober 2012 berichtete Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH und Manuelle Medizin SAMM, über multifaktorielle, psychosomatische Abdominal-Beschwerden. Die Beschwerden hätten keine myofasziale Ursache, weshalb die manuelle Behandlung nicht fortgesetzt worden sei (Vorakten S. 37). Am 7. März 2013 stellte Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Chronisches Schmerzsyndrom (ICD-10: F45.4) mit rezidivierenden chronischen Abdominalschmerzen (St.n. einmonatiger Hospitalisation im D.\_\_\_\_\_), Verdacht auf Adenomyose mit Monatsbeschwerden (zu Beginn der Monatsblutung sowie in der Mitte des Zyklus) sowie möglicher Reizdarm. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit werden genannt: Tabakkonsum, Vitamin D- und Eisenmangel sowie St.n. Urtikaria auf Ibuprofen im Jahr 2013. Die Beschwerdeführerin leide seit Jahren unter heftigen Abdominalschmerzen mit Erbrechen. Diese Krisen würden mindestens zweimal pro Monat auftreten und einige Tage andauern. Eine klare Diagnose könne nicht gestellt werden, es bestehe aber mit Sicherheit eine psychische Komponente. Während der Krisen bestehe eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit, ausserhalb der Krisen sei die Beschwerdeführerin zu 100 Prozent arbeitsfähig ohne Leistungseinbusse. Die bisherige Tätigkeit als Dentalassistentin sei ihr ab dem 23. November 2011 zu 50 bis 60 Prozent zumutbar (Vorakten S. 71 ff.; vgl. auch die Berichte vom 8. Februar 2012 [Vorakten S. 65 f.] und 6. Dezember 2011 [Vorakten S. 10]). Mit Schreiben vom 7. März 2013 teilte Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe FMH, der Vorinstanz mit, dass er die Beschwerdeführerin nur einmal (am 16. Januar 2013) für eine gynäkologische Kontrolluntersuchung gesehen habe. Daher könne er den angeforderten Arztbericht nicht ausfüllen (Vorakten S. 32). Am 27. Mai 2013 reichte Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, einen Arztbericht ein. Er diagnostizierte eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, ein Abhängigkeitssyndrom, einen episodischen Substanzgebrauch (ICD-10: F12.26) sowie einen St.n. atypischer Bulimie (ICD-10: F50.3). Es wurde eine 50-prozentige Arbeitsunfähigkeit seit dem 23. November 2011 bis auf weiteres attestiert (Vorakten S. 200).

Kantonsgericht KG Seite 10 von 16 Am 4. Juni 2013 äusserte sich der RAD-Arzt Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, wie folgt: Es bestehe eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (somatoforme autonome Funktionsstörung des Darmes) (ICD-10: F45.4) mit einer andauernden Arbeitsunfähigkeit in der früheren lukrativen Tätigkeit seit dem 23. November 2011. Medizinisch- theoretisch sei die Prognose gut; es sei davon auszugehen, dass – bei Fehlen von anderen objektiven

medizinischen Tatsachen – langfristig mindestens eine 80-prozentige Leistung zumutbar sein sollte. Eine bidisziplinäre Begutachtung (intermedizinsch-psychiatrisch) sei angezeigt (Vorakten S. 204 f.). b) Auf Empfehlung des RAD-Arztes liess die Vorinstanz die Beschwerdeführerin rheumatologisch-psychiatrisch begutachten. aa) Das fachpsychiatrische Gutachten wurde am 2. Oktober 2013 von Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Spezialarzt für Neurologie FMH sowie für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erstattet (Vorakten S. 251 ff.). Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden keine gestellt (Vorakten S. 240). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden genannt (Vorakten S. 239): - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), bestehend seit mindestens dem 19. Lebensjahr - Persönlichkeit mit akzentuierten emotional unreifen, instabilen und impulsiven Zügen (ICD-10: Z73.0), bestehend vermutlich bereits seit der Adoleszenz - Cannabisabusus, schädlicher Gebrauch (ICD-10: F12.1), bestehend seit über 10 Jahren Eine schwere psychiatrische Komorbidität im Sinne einer echten rezidivierenden depressiven Störung oder einer echten Persönlichkeitsstörung könne ebenso ausgeschlossen werden wie das Bestehen einer wirklich schweren, chronischen körperlichen Begleiterkrankung. Auch sei nicht von einem rein krankheitsbedingten schweren sozialen Rückzug in nahezu allen Bereichen des täglichen Lebens auszugehen (Vorakten S. 236 ff.). Bezüglich eines eventuellen primären und sekundären Krankheitsgewinns sei festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin zweifelsohne durch die gebotene Symptomatik von einer weitgehenden Entpflichtung sowie einer vermehrten Zuwendung und Aufmerksamkeit durch ihr Umfeld, vor allem ihren aktuellen Lebenspartner, profitiere, was für sie sehr wichtig erscheine und geradezu typisch für die Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei. Zudem würden ein grosser Leidensdruck und ein starker Wunsch nach Anerkennung des bisherigen Leidens und der Lebensleistung überhaupt bestehen. Es sei subjektiv durchaus verständlich, dass die Beschwerdeführerin in Anbetracht ihrer Situation eine gewisse Enttäuschung und den Wunsch nach Anerkennung äussere, krankheitsfremde Faktoren wie Aussichten und Verdienstmöglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, Arbeitsplatzkonflikte oder der Wunsch nach Anerkennung seien aber nicht zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund sei festzuhalten, dass aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht nicht von einem schweren und chronifizierten, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren Residualzustand auszugehen sei (Vorakten S. 235 f.). Alle diese Tatsachen würden es der Beschwerdeführerin daher aus rein psychiatrischer Sicht erlauben, ihre körperlichen Beschwerden und ihre psychische Symptomatik insoweit zu bewältigen und zu kontrollieren, dass ihr bei ehrlicher Motivation und Willensanstrengung sowie entsprechender Prioritätensetzung jede ihrem Alter und ihrem Ausbildungsstand entsprechende Berufstätigkeit grundsätzlich vollzeitig (zu 100 Prozent) und allenfalls unter Anerkennung einer gewissen Leistungsminderung (von maximal 10 Prozent) zuzumuten wäre. Eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit von über 20 Prozent sei aus

Kantonsgericht KG Seite 11 von 16 psychiatrischer Sicht nicht gerechtfertigt; sie stelle einen erheblichen sekundären Krankheitsgewinn dar (Vorakten S. 234 ff.). Die Prognose erscheine allerdings auch mittel- und langfristig in Anbetracht des bisherigen Verlaufes und der akzentuierten Persönlichkeitszüge eher ungünstig (Vorakten S. 234). bb) Das rheumatologische Gutachten von Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, datiert vom 18. November 2013 (Vorakten S. 263 ff.). Es wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Vorakten S. 258): - Verdacht auf schubweise aktive axiale Spondylarthritis im

präradiologischen Stadium, HLA- B27 positiv, DD am ehesten im Sinne einer Psoriasis-Arthropathie (sine Psoriasis) - Abklärungsbedürftige glatt begrenzte Raumforderung (7 x 6 cm) im Corpus uteri mit fokalen Einblutungen, freier Flüssigkeit im kleinen Becken und Verdrängung des Rektums (Endometriose? Adenomyose?) Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde – unter Verweis auf das fachpsychiatrische Gutachten – eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) genannt. Es würden sich zwei mögliche objektivierbare Teilursachen der Beschwerden finden: Zum einen der Verdacht auf Vorliegen einer schubweisen aktiven HLA-B27 assoziierten seronegativen Spondylarthritis (bzw. Psoriasis-Arthritis), zum anderen der Befund am Uterus (Endometriose? Adenomyose?). Eine Endometriose sei in den Akten differenzialdiagnostisch erwähnt, habe bislang aber offenbar nicht verifiziert werden können. Zusätzlich dürfte die bereits früher mehrfach diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung zum Schmerzerleben beitragen. Die anteilmässige Gewichtung der Schmerzstörung bleibe vorerst unklar und könne nur nach einem entsprechenden Therapieversuch der möglicherweise objektivierbaren Schmerzgründe evaluiert werden (Vorakten S. 257). Daraus würden sich die folgenden Vorschläge ergeben: Nochmalige gynäkologische Untersuchung mit Wertung des Uterus-Befundes und Evaluation der geeigneten Therapie sowie Evaluation einer anti-inflammatorischen Basistherapie durch einen Rheumatologen. Angesichts der jahrelangen teilinvalidisierenden Beschwerden dürfte sich aus rheumatologischer Sicht ein aktives Vorgehen (evtl. probatorisch bis hin zu den Biologics) mangels anderweitiger Therapieoptionen lohnen. Die junge Beschwerdeführerin sollte die Chance auf ein Ansprechen auf eine solche Therapie bekommen. Ansonsten würden für die somatoforme Schmerzstörung leider nicht viele therapeutischen Optionen bleiben (Vorakten S. 257). Aus rheumatologischer Sicht würden keine dauerhaften Einschränkungen bezüglich der bisherigen Tätigkeit als Dentalassistentin bestehen, da die rheumatologischen Teilaspekte des Schmerzgeschehens therapierbar seien. Die bisherige Tätigkeit sowie auch jegliche körperlich leichte bis höchstens mittelschwere Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin nach erfolgter bzw. unter adäquater Therapie aus rheumatologischer Sicht zu 100 Prozent ohne Leistungseinschränkungen zumutbar (Vorakten S. 256 f.). c) In der Folge holte die Vorinstanz eine weitere Stellungnahme des RAD ein. In seiner Eingabe vom 23. Dezember 2013 erachtete Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, beide Gutachten als überzeugend. Es habe ab dem 23. November 2011 eine 50-

Kantonsgericht KG Seite 12 von 16 prozentige und vom 31. Januar 2012 bis 10. März 2012 eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Aktuell attestiere der Hausarzt eine Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent. Es würden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehen: Verdacht auf axiale Spondylarthrose (HLA-B27 positiv), DD Psoriasis-Arthropathie. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit werden eine somatoforme Schmerzstörung sowie ein Befund am Uterus genannt, welcher weiter abzuklären sei. In einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu 100 Prozent arbeitsfähig. Ohne adäquate Therapie zur Behandlung der bestehenden Schmerzen bestehe aufgrund vermehrter Absenzen am Arbeitsplatz eine verminderte Leistungsfähigkeit (Vorakten S. 267). Am 18. März 2014 äusserte sich der RAD-Arzt Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, erneut. Die vom begutachtenden Rheumatologen vorgeschlagene gynäkologische Untersuchung mit Wertung des Uterus-Befundes und Evaluation der geeigneten Therapie sei medizinisch sicher angezeigt. Von einem versicherungsmedizinischen Standpunkt könne man aber

davon ausgehen, dass sich die Befunde, die in der rheumatologischen Begutachtung dargestellt würden, sehr wahrscheinlich nicht auf einen invalidisierenden Gesundheitsschaden beziehen, da 99,5 Prozent der gynäkologischen Krankheiten nicht invalidisierend seien. Deswegen sei keine weitere Abklärung im gynäkologischen Bereich von der IV-Stelle zu veranlassen (Vorakten S. 286).

#### **E. 4**

Vorliegend ist festzustellen, dass sowohl das psychiatrische Gutachten vom 2. Oktober 2013 als auch das rheumatologische Gutachten vom 18. November 2013 auf das den Gutachtern vollständig zur Verfügung gestellte Dossier mit sämtlichen bisherigen ärztlichen Zeugnissen sowie auf zwei Explorationen (psychiatrisch, rheumatologisch) abstützen. Beide Gutachten sind für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigen die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden, wurden in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und sind in der Beurteilung der medizinischen Situation sowie der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend. Weder der RAD Arzt Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, noch die Beschwerdeführerin äussern eine begründete Kritik an den beiden Gutachten, weshalb ohne weiteres darauf abgestellt werden kann. a) Damit ist – in psychiatrischer Hinsicht – von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), einer Persönlichkeit mit akzentuierten emotional unreifen, instabilen und impulsiven Zügen (ICD-10: Z73.0) sowie einem schädlichen Gebrauch von Cannabinoiden (ICD-10: F12.1) auszugehen. Die Arbeitsfähigkeit liegt – aus rein psychiatrischer Sicht – grundsätzlich bei 100 Prozent mit einer Leistungsminderung von maximal 10 Prozent. Diese Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischen Gründen wird von der Beschwerdeführerin nicht bestritten. b) In rheumatologischer Hinsicht stellt sich die Situation wie folgt dar: Es besteht der Verdacht auf das Vorliegen einer schubweisen aktiven HLA-B27 assoziierten seronegativen axialen Spondylarthritis, DD am ehesten im Sinne einer Psoriasis-Arthropathie (sine Psoriasis). Der Gutachter empfiehlt die Evaluation einer anti-inflammatorischen Basistherapie durch einen Rheumatologen; mangels anderweitiger Therapieoptionen dürfte sich ein aktives Vorgehen (evtl. probatorisch bis hin zu den Biologics) lohnen (Vorakten S. 257). Zwar würden aus rheumatologischer Sicht keine dauerhaften Einschränkungen bezüglich der bisherigen Tätigkeit als Dentalassistentin bestehen, da diese Teilaspekte des Schmerzgeschehens therapierbar seien (Vorakten S. 256), die bisherige sowie jede körperlich leichte bis höchstens mittelschwere Tätigkeit wird aber erst nach erfolgter bzw. unter adäquater Therapie als zu 100 Prozent ohne

Kantonsgericht KG Seite 13 von 16 Einschränkungen zumutbar erachtet (Vorakten S. 256 f.). Wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit bis zum Beginn resp. bis zum Ansprechen auf eine solche Therapie verhält, lässt sich dem Gutachten nicht entnehmen. Auch der RAD-Arzt Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, stellt die Diagnose des Verdachts auf eine axiale Spondylarthrose (HLA-B27 positiv), DD Psoriasis-Arthropathie. Obschon auch er der Ansicht ist, dass diese Diagnose Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hat, erachtet er diese – auch ohne adäquate Therapie – sowohl in ihrer bisherigen wie auch in jeder leichten bis mittelschweren Tätigkeit als zu 100 Prozent arbeitsfähig (Stellungnahme vom 23. Dezember 2013; Vorakten S. 267). Eine Erklärung für diesen Widerspruch findet sich in der Stellungnahme des RAD-Arztes nicht. Ebenso wenig wird erläutert, weshalb in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von der Meinung des Gutachters, welche in der Stellungnahme übrigen

auch nicht korrekt wiedergegeben wird, abgewichen wird. Auf die Stellungnahme von Dr. med. L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 23. Dezember 2013 kann damit nicht abgestellt werden. Weiter ergab die rheumatologische Begutachtung den Befund einer glatt begrenzten Raumforderung (7 x 6 cm) im Corpus uteri mit fokalen Einblutungen, freier Flüssigkeit im kleinen Becken und Verdrängung des Rektums (Endometriose? Adenomyose?). Inwiefern dieser Befund zumindest einen Teil der Beschwerden erklären könne, müsse gynäkologisch beurteilt werden (Vorakten S. 257). Auch Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, empfiehlt eine gynäkologische Beurteilung inklusive diagnostischer Laparoskopie zum Ausschluss oder eben zur Bestätigung einer Endometriose (Vorakten S. 45). Der RAD-Arzt L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, hält eine gynäkologische Untersuchung zumindest medizinisch für angezeigt (Vorakten S. 286). Dennoch fand eine solche gynäkologische Untersuchung der Beschwerdeführerin nie statt; auf jeden Fall ist in den Vorakten keine entsprechende Untersuchung dokumentiert. Der einzige Gynäkologe, der sich im vorliegenden Fall äusserte, konnte die an ihn gestellten Fragen nicht beantworten, da nur eine einmalige gynäkologische Kontrolluntersuchung stattgefunden habe (Bericht von Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe FMH, vom 7. März 2013, Vorakten S. 32). Damit konnten die in den Vorakten verschiedentlich erwähnten Verdachts- bzw. Differentialdiagnosen einer Endometriose und Adenomyose bisher weder bestätigt noch ausgeschlossen werden. Zwar hält die Vorinstanz gestützt auf die Stellungnahme des RAD-Arztes L. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, fest, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht mit hoher Wahrscheinlichkeit (zu 99,5 Prozent) davon ausgegangen werden könne, dass gynäkologische Krankheiten nicht invalidisierend seien, weshalb sie sich nicht veranlasst sehe, weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen (Vorakten S. 289). Dieser behauptete medizinische Erfahrungssatz wird aber weder in der Stellungnahme des RAD-Arztes noch in der angefochtenen Verfügung unterlegt. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass das Bundesgericht in Urteil 9C\_262/2012 vom 3. August 2012 erwogen hat, dass bei einer Versicherten, welche seit Jahren an einer Endometriose leide, mit der Begutachtung in psychiatrischer und rheumatologischer Hinsicht der gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht genügend Rechnung getragen worden sei, weshalb in Bezug auf die Endometriose und die damit verbundenen Beeinträchtigungen eine fachärztliche (gynäkologische) Stellungnahme zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit unerlässlich sei (E. 4.3 und 4.5). In dem dem Urteil BGer 8C\_991/2008 vom 1. April 2009 zugrunde liegenden Sachverhalt äusserten sich gar zwei ausgewiesene Fachspezialisten auf dem Gebiete der Gynäkologie zum Ausmass der Endometriose und deren gesundheitlichen Auswirkungen (E. 3.2.2). c) Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die vorliegende Angelegenheit nicht genügend abgeklärt worden ist. Es liegt zwar ein gynäkologischer Befund im Sinne einer glatt

Kantonsgericht KG Seite 14 von 16 begrenzten Raumforderung (7 x 6 cm) im Corpus uteri mit fokalen Einblutungen, freier Flüssigkeit im kleinen Becken und Verdrängung des Rektums vor, dieser wurde aber fachärztlich nicht abgeklärt, womit letztendlich unklar bleibt, ob sämtliche von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden auf die diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) zurückzuführen sind oder ob ihnen nicht zumindest teilweise ein gynäkologisches Leiden zugrunde liegt. Um der gesundheitlichen Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin Rechnung zu tragen, ist in Bezug auf die beklagten Unterleibsbeschwerden und insbesondere den gynäkologischen

Befund ein gynäkologisches Gutachten einzuholen. Dieses Gutachten ist interdisziplinär (psychiatrisch, gynäkologisch) zu diskutieren. Zudem fehlt eine gesamthafte ärztliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht. Dies deshalb, weil der begutachtende Rheumatologe eine 100-prozentige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkungen erst nach erfolgter bzw. unter adäquater Therapie attestiert, sich aber nicht dazu äussert, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin bis zum Beginn resp. bis zum Ansprechen auf diese Therapie arbeitsfähig ist. Diesbezüglich sind die medizinischen Akten zu ergänzen, könnte doch selbst unter Annahme der Therapierbarkeit der rheumatologischen Beschwerden ein allfälliger befristeter Leistungsanspruch frühestens ab August 2013 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) in Frage kommen. Von daher ist die Entwicklung der Arbeitsfähigkeit ab diesem Zeitpunkt bis zum Erlass der neuen Verfügung zu berücksichtigen (vgl. Urteil BGer 9C\_262/2012 vom 3. August 2012 E. 4.5 mit weiteren Hinweisen). Schliesslich ist auch der neuen Rechtsprechung zu den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden gemäss BGE 141 V 281 Rechnung zu tragen.

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