

FR_GERICHTE 608 2014 18 vom 24. März 2016

FR Kantonsgericht, 2016-03-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2014_18

FR: FR_GERICHTE 608 2014 18 du 24 mars 2016

IT: FR_GERICHTE 608 2014 18 del 24 marzo 2016

Regeste

Entscheid des II. Sozialversicherungsgerichtshofes | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerde vom 3. Februar 2014 gegen die Verfügung vom 13. Dezember 2013 ist durch einen ordentlich bevollmächtigten Rechtsvertreter frist- und formgerecht 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 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). 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

Kantonsgericht KG Seite 5 von 18 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 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 beweiselastete 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 BGE 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

Kantonsgericht KG Seite 6 von 18 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. 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

Kantonsgericht KG Seite 7 von 18 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 sind der dem Invalideneinkommen zugrunde liegende Gesundheitszustand sowie der sich daraus ergebende Invaliditätsgrad. Dafür ist zunächst auf die massgebenden medizinischen Unterlagen näher einzugehen: a) Nachdem die Beschwerdeführerin aufgrund von chronisch rezidivierenden Kopfschmerzen mit Verspannungszuständen der Zervikal- und Nackenmuskulatur, Drehschwindel und Verschwommen-Sehen sowie Dysästhesien der oberen Extremitäten bereits ab 5. Januar 2009 zu 100 Prozent arbeitsunfähig war, wurde ein Hydrocephalus mit Hirndrucksymptomatik infolge einer Kolloidzyste des 3. Ventrikels rechts diagnostiziert. Am 24. Februar 2010 erfolgte eine endoskopische Exstirpation der intrazerebralen Kolloidzyste. Vom 13. April 2010 bis 16. April 2010 war die Beschwerdeführerin im E._____, Innere Medizin, hospitalisiert; dies nachdem sie sich in der Woche davor dreimal auf der Notfallstation vorgestellt und über eine generalisierte Schwäche und Müdigkeit, gelegentliche Übelkeit, Durchfall, Episoden mit Angst, Zittern und plötzlichem Kältegefühl oder Schweissausbrüchen geklagt hatte. Es wurden die folgenden Diagnosen gestellt: Erschöpfungszustand mit Schwäche, Müdigkeit und leichtem Durchfall, DD: Somatisierungsstörung, klimakterisches Syndrom, Vitamin B12-Mangel, Status nach Thyroidektomie im Jahr 2005 sowie diversen weiteren Operationen. Die klinische und neurologische Untersuchung habe keine Auffälligkeiten gezeigt, ebenso habe sich in der Blutuntersuchung kein Hinweis auf einen entzündlichen Prozess gefunden. Die Symptome seien letztendlich unklar geblieben (Austrittsbericht vom 20. April 2010, Vorakten S. 102 f.). Am 11. Mai 2010 berichtete das F._____, Universitätsklinik für Neurochirurgie, dass die Beschwerdeführerin postoperativ einen sehr erfreulichen Verlauf ohne fokale-neurologische Defizite gezeigt habe. Die präoperativ bestandene Beschwerdesymptomatik mit Kopfschmerzen, Drehschwindel und Verschwommensehen sowie Dysästhesien der Extremitäten sei nicht mehr aufgetreten. Lediglich eine starke Müdigkeit nach etwa 10- bis 15-minütiger Tätigkeit werde als sehr störend empfunden. Für die beschriebene Müdigkeit werde jedoch keine objektivierbare postoperative Ursache

gefunden. Wahrscheinlich würde die Beschwerdeführerin von einem beruflichen Wiedereinstieg profitieren, weshalb empfohlen werde, einen Arbeitsversuch mit zunächst wenigen Stunden täglich durchzuführen (Vorakten S. 103; vgl. auch den undatierten Bericht, Vorakten S. 159 ff.). Am 2. Juni 2010 berichtete der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, dass die Beschwerdeführerin unter Mikroverkalkungen der Brust und einer Anpassungsstörung bei ängstlich-depressiver Persönlichkeit leide. Die Probleme mit der intrazerebralen Koloidzyste des 3. Ventrikels, welche endoskopisch extirpiert worden sei, seien abgeschlossen; der Neurostatus sei normal. Es bestehe aber eine depressive Situation sowie ein Erschöpfungszustand. Die Beschwerdeführerin sei seit dem 5. Januar 2009 zu 100 Prozent arbeitsunfähig (Krankenkarte der Krankentaggeld-Versicherung, Vorakten S. 27), könne jedoch theoretisch bald intellektuell simple und körperlich nicht allzu belastende kleinere Arbeiten ausüben (Vorakten S. 99; vgl. auch den Bericht vom 30. April 2010, Vorakten S. 112).

Kantonsgericht KG Seite 8 von 18 b) Am 4./5. November 2010 wurde die Beschwerdeführerin im C. _____ mittels funktionsorientierter medizinischer Abklärung (FOMA) untersucht. In diesem Rahmen wurde sie am 12. November 2010 auch psychiatrisch begutachtet. aa) Der C. _____-Bericht datiert vom 30. November 2010 (Vorakten S. 54 ff.). Er nennt die folgenden Diagnosen (Vorakten S. 53): Chronische Fatigue-Symptomatik mit Erschöpfungszustand mit/bei: - Allgemeiner und muskulärer Dekonditionierung - Status nach endoskopischer Exstirpation einer intrazerebralen Kolloidzyste des 3. Ventrikels rechts am 24. Februar 2010 bei schwerer bilateraler Brachial- und Hirndrucksymptomatik mit postoperativen mnestischen Störungen Rezidivierendes Zervikovertebralsyndrom mit Zervikozephalgien im Sinne von Spannungskopfschmerzen - Migräneartig frontotemporal rechts - Haltungsinsuffizienz und muskuläre Dysbalancen der Zervikalmuskulatur - Erhöhter Muskeltonus der Schultergürtel-/Nackenmuskulatur Anpassungsstörung bei einer ängstlich-depressiven Persönlichkeit (ICD-10: F43.22) Status nach Exzision eines melanozytären Naevus am proximalen, lateralen linken Unterarm mit Mitresektion von zwei kleinen, in Nachbarschaft liegenden Hautveränderungen am 18. Juni 2010 Status nach traumatischer Rotatorenmanschettenruptur rechts und Operation im Jahr 2004 - Aktuell beschwerdefrei Status nach Thyreoidektomie und nachfolgender Schilddrüsenunterfunktion im Jahr 2005 unter Schilddrüsenhormonsubstitution Anamnestisch mammographisch nachgewiesene Mikroverkalkungen der linken Brust Status nach Hysterektomie im Jahr 1999 Status nach Appendektomie ca. im Jahr 1970 Nikotinabusus Es wird über postoperative mnestische Störungen bei einem im Übrigen sehr erfreulichen postoperativen Verlauf ohne fokale-neurologische Defizite, aber deutlich zögerlicher Rekonvaleszenz berichtet (Vorakten S. 53). Aktuell klagt die Beschwerdeführerin über intermittierend auftretende migräneartige rechtsseitige frontotemporale Kopfschmerzen mit Ausstrahlung in den Hinterkopf und Nacken, eine chronische Müdigkeit, eine allgemeine Schwäche, schnelle Erschöpfbarkeit bei körperlichen Aktivitäten sowie subjektiv empfundene Konzentrationsprobleme und Störungen des Kurzzeitgedächtnisses (Vorakten S. 54). Es bestehe ein zervikozephalales Syndrom mit migräneartigen Spannungskopfschmerzen bei regulärer Wirbelsäulenphysiologie und -beweglichkeit ohne eindeutige Myogelosen, aber deutlichen muskulären Dysbalancen (abgeschwächte Rumpf-, Bauch- und Extremitätenmuskulatur). Ferner bestehe im Bereich des rechten Schultergelenkes bei Status nach Rotatorenmanschettenruptur mit operativer Versorgung im Jahr 2005 eine endgradige

Bewegungseinschränkung ohne Endphasenschmerzen. Im Übrigen seien alle peripheren Gelenke

Kantonsgericht KG Seite 9 von 18 normal beweglich und es liessen sich aktuell keine eindeutigen motorischen oder sensiblen neurologischen Ausfälle objektivieren. Am linken lateralen Ellbogengelenk sei im Juni 2010 bei Epicondylopathia radialis die chirurgische Exzision eines melanozytären Naevus mit jetzt entsprechendem Hautdefekt und reizlosen Narbenverhältnissen erfolgt. Obgleich sich radiologisch im Bereich der LWS eine Diskusprotrusion L4/5 und L3/4 ohne eindeutige Neurokompression nachweisen lasse, äussere die Beschwerdeführerin keine lumbale Beschwerdesymptomatik. Im MRI des Gehirnschädels bestünden regelrechte postoperative Verhältnisse ohne Anhalt für ein Rezidiv oder einen Hydrocephalus (Vorakten S. 52). Im Rahmen der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit habe die Beschwerdeführerin eine motivierte und zuverlässige Leistungsbereitschaft sowie bei den Tests eine gute Konsistenz ohne Selbstlimitierungen gezeigt. Die Belastbarkeit liege allgemein im Bereich einer mittelschweren Arbeit, wobei keine spezifischen Defizite hätten herausgearbeitet werden können. Das arbeitsbezogene relevante Problem sei vor allem die allgemeine Dekonditionierung der Beschwerdeführerin. Durch eine medizinische Trainingstherapie (MTT) dreimal wöchentlich könne aber eine Steigerung des Umfangs und der Intensität der vorhandenen Kraftausdauer erfolgen und der deutliche Trainingsmangel gebessert werden (Vorakten S. 52 ff.). Bei anhaltender eingeschränkter Leistungsfähigkeit und Ermüdbarkeit nach weiteren sechs Monaten trotz konsequenter Umsetzung der vorgeschlagenen Therapiemassnahme werde eine ergänzende neuropsychologische Reevaluation bzw. Abklärung empfohlen (Vorakten S. 50). Aus interdisziplinärer Sicht bestehe aktuell eine Arbeitsunfähigkeit von 100 Prozent für drei Monate, dann von 50 Prozent für weitere drei Monate (sanfter Wiedereinstieg in das Arbeitsleben). Bei konsequentem körperlichem Training mit dazwischen geschalteten Erholungsphasen sei in einem halben Jahr sowohl in der zuletzt ausgeführten Tätigkeit als Etagenmitarbeiterin in einem Hotelbetrieb als auch in einer angepassten mittelschweren Tätigkeit mit einer vollen Arbeitsfähigkeit ganztags zu rechnen (Vorakten S. 50). bb) Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, welcher die Beschwerdeführerin im Rahmen der FOMA psychiatrisch begutachtete, stellte in seinem Bericht vom 21. November 2010 (Vorakten S. 60 ff.) die Diagnose einer Anpassungsstörung bei einer ängstlich-depressiven Persönlichkeit (ICD-10: F43.22). Als Nebendiagnosen werden genannt: allgemeine und muskuläre Dekonditionierung, rezidivierendes Zervikovertebralsyndrom mit Zervikozephalgien im Sinne von Spannungskopfschmerzen sowie Status nach diversen Operationen (Vorakten S. 58). Nach dem neurochirurgischen Eingriff vom 24. Februar 2010, welcher für die Beschwerdeführerin mit grossen Ängsten verbunden gewesen sei, habe sie unter extremen mnestischen Defiziten gelitten, von denen sie sich bisher noch nicht ganz erholt habe. Weiter bestehe seit dieser Zeit eine markant verstärkte Ermüdbarkeit, weswegen sie seit Monaten arbeitsunfähig geschrieben werde (Vorakten S. 58). Neben der vorgeschlagenen intensiven Trainingstherapie, welche bereits organisiert worden sei, würde die Beschwerdeführerin sicherlich von Entspannungstechniken, einem verbesserten Stressmanagement und Hilfe im Umgang mit den neuropsychologischen Restsymptomen sowie der Übung besserer Abgrenzungsfähigkeit profitieren (Vorakten S. 57). Die Arbeitsfähigkeit betrage zurzeit 0 Prozent (intensives MTT, Verhindern einer Überforderung durch weitere Belastung), in drei Monaten 50 Prozent (MTT, sanfter Wiedereinstieg ins Arbeitsleben) und in sechs Monaten 100 Prozent. Beim Wiedereinstieg

solle eine Überforderung durch zu langes Arbeiten am Stück, Schicht- oder Akkordarbeit vermieden werden. Sollte die Beschwerdeführerin in einem halben Jahr nicht zu 100 Prozent

Kantonsgericht KG Seite 10 von 18 arbeitsfähig sein, müsste eine neuropsychologische Abklärung der Ermüdbarkeit erwogen werden (Vorakten S. 57). c) Am 28. Februar 2011 berichtete der Hausarzt, Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, über eine chronische Müdigkeit mit Erschöpfung, ein muskulo- skelettales Schmerzsyndrom, ein rezidivierendes Zervikalsyndrom, eine ängstlich-depressive Persönlichkeit sowie eine behandelte Hypothyreose bei Status nach Resektion einer intrazerebralen Koloidzyste bei schwerer Hirndrucksymptomatik sowie einem Melanom am linken Unterarm. Es bestehe ein langdauernder Verlauf mit wechselhaftem Beschwerdebild und einem Mix von psychopathologischen und rheumatologischen Symptomen, welche sich auf die allgemeine Leistungsfähigkeit auswirken würden. Aktuell sei die Beschwerdeführerin nach einem vierstündigen Schnuppereinsatz am Ende ihrer Kräfte. Die Prognose sei unsicher (Vorakten S. 140). Aufgrund persistierender Kopfschmerzen, Müdigkeit, Übelkeit sowie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen wurde die Beschwerdeführerin am 6. Oktober 2011 im F. _____, Universitätsklinik für Neurochirurgie, ambulant untersucht. Da sich keine Erklärung für die beklagten Beschwerden finden konnte, wurde sie zur neuropsychologischen Abklärung der Abteilung für kognitive und restorative Neurologie überwiesen (Bericht vom 7. Oktober 2011, Vorakten S. 228 f.). Am 9. November 2011 fand am F. _____, Universitätsklinik für Neurologie, eine Untersuchung zur Beurteilung des kognitiven Leistungsprofils der Beschwerdeführerin statt, wo im Vergleich zu entsprechenden Alters- und Bildungsnormen insgesamt unauffällige kognitive Befunde festgestellt werden konnten. Der entsprechende Bericht hält unter der Rubrik „Lernen und Gedächtnis“ namentlich das Folgende fest: „Kurzzeit- und Arbeitsgedächtnis: Die Leistungen bei der verbal-akustischen Merkspanne und der unmittelbaren Wiedergabe komplexer verbaler Informationen (Texte) liegen im unteren Normbereich. Regelrechte Leistungen bei der non- verbalen, visuellen Merkspanne sowie der unmittelbaren Wiedergabe komplexer non-verbaler Informationen (Rey-Figur). Keine Schwierigkeiten, mehrere Informationen temporär zu speichern, aktiv zu halten und damit zu manipulieren (rechnerisches Denken). Anterograde (episodische) Lern- und Gedächtnisleistungen. Für verbal-akustisch dargebotene Informationen (Wortliste) bestehen bildungskorrigiert unauffällige Lern-, Abruf- und Wiedererkennungleistungen. Der längerfristige Abruf verbal-akustisch präsentierter Kontextinformationen (Texte) fällt unauffällig aus. Für non-verbal, visuell dargebotene Informationen (geometrische Figuren) finden sich bildungskorrigiert unauffällige Lern- und Abrufleistungen, die Wiedererkennung liegt im unteren Normbereich.“ Zur Beurteilung der beklagten ausgeprägten Ermüdbarkeit werde eine Beurteilung in der Neurologischen Poliklinik vorgeschlagen (Bericht vom 9. November 2011, Vorakten S. 243 f.). In ihrem Bericht vom 25. Oktober 2011 hielt die RAD-Ärztin Dr. med. I. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, fest, dass die neurochirurgische Operation im Februar 2010 komplikationslos verlaufen sei, ebenso die postoperative Phase. Es seien keine fokalen neurologischen Defizite festzustellen und auch eine MRI-Kontrolluntersuchung habe einen regelrechten Befund gezeigt. Aktuell stehe die verringerte allgemeine Belastbarkeit im Mittelpunkt, welche die Aufnahme einer vollzeitigen Beschäftigung deutlich erschwere. Trotz verschiedener neurologischer Kontrolluntersuchungen und einem normalen Blutbild habe keine eindeutige Ursache für

die Leistungslimitierung gefunden werden können. Diese sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in körperlichen Faktoren begründet, am ehesten in der Kombination verschiedener Faktoren (kumulative Belastung), nicht in den

Kantonsgericht KG Seite 11 von 18 Einzeltätigkeiten. Ein „Fatigue“-Zustand nach Schädel-Hirn-Verletzungen oder Operationen sei medizinisch plausibel, die in einigen Berichten ins Feld geführten psychischen Gründe („Somatisierungsstörung“) halte sie für nicht kausal und auch nicht für adäquat. Ungeklärt blieben die von der Beschwerdeführerin beklagten neuropsychologischen Störungen (v.a. Gedächtnisstörungen). Die Beschwerdeführerin habe in verschiedenen Arbeitsversuchen bei körperlich leichter Tätigkeit eine Einsatzfähigkeit von vier bis fünf Stunden täglich erreichen können; es sei aber bis anhin nicht möglich gewesen, dieses Pensum zu steigern. Mit der Eingliederung könne damit sofort begonnen werden, aktuell mit einem Beschäftigungsgrad von 50 Prozent. Inwieweit eine Steigerung mittel- und langfristig erreicht werden könne, müsse abgewartet werden. Da sehr wahrscheinlich noch andere medizinische Sachverhalte (bei multifaktoriellen Ursachen) in die Gesamtleistungsfähigkeit einfließen, lasse sich die vom C._____ geforderte Steigerung der Arbeitsfähigkeit eventuell nicht realisieren (Vorakten S. 231 ff.). d) Die Vorinstanz liess die Beschwerdeführerin zweimal im BASTIV abklären (Belastbarkeitstraining vom 22. August 2011 bis 13. November 2011 sowie Abklärung der Eingliederungs- und Arbeitsfähigkeit vom 14. November 2011 bis 10. Juni 2012). Daraus resultierten die folgenden Berichte: aa) Der Schlussbericht der Integrationsmassnahmen (Belastbarkeitstraining) datiert vom 15. Dezember 2011 (Vorakten S. 262 ff.). Es konnten im Wesentlichen die folgenden Beobachtungen gemacht werden: Die Beschwerdeführerin habe sich während der ganzen Massnahme sehr zuverlässig und pflichtbewusst verhalten und sehr sorgfältig gearbeitet. Die Tätigkeiten seien immer ordentlich und sauber ausgeführt worden und die Beschwerdeführerin habe ein übermässiges Durchhaltevermögen gezeigt. Dabei habe sie sich häufig übermässig stark konzentriert, was eine extreme Ermüdung nach sich gezogen habe. Diese Situation habe sie dazu verleitet zu glauben, dass sie nicht konzentrationsfähig sei. Hilfreiche, kurze Pausen seien nur gemacht worden, wenn diese angeordnet worden seien. Neue und unbekannte Tätigkeiten sowie Aufgaben hätten bei der Beschwerdeführerin Angst und Stress ausgelöst; sie habe sich nur mit Unterstützung und zusätzlichen Anweisungen zu Recht gefunden und sich erst nach einer gewissen Zeit auf neue Gegebenheiten einstellen können. Auch die jeweiligen Erhöhungen der Präsenzzeit hätten der Beschwerdeführerin kurzzeitig etwas Mühe bereitet, dies habe sich allerdings gelegt, nachdem sie sich daran gewöhnt habe. Die Beschwerdeführerin sei sich gegenüber nicht tolerant gewesen und habe weiterhin frühere Ziele verfolgt, was meist zu einer Überforderung geführt habe, woraus zusätzliche Belastungs- und Zukunftsängste resultiert hätten. Die Beschwerdeführerin habe nicht das notwendige Selbstwertgefühl, um eigene Entscheidungen zu treffen und Ziele erreichen zu können. Zusammengefasst werde das Belastbarkeitstraining wie folgt beurteilt: Während der Massnahme habe eine Steigerung des Selbstvertrauens festgestellt werden können, jedoch sei das Selbstvertrauen der Beschwerdeführerin noch zu gering, um in allen Alltagssituationen bestehen zu können. Eine 50-prozentige Arbeitsfähigkeit sei noch nicht ganz erreicht worden, weil die Beschwerdeführerin teilweise kleine Pausen benötigt habe und somit das Pensum von 50 Prozent nicht vollständig habe ausnutzen können. Eine vierstündige Präsenzzeit an fünf Tagen pro Woche sei gut erreicht worden. Diese Anwesenheit habe fast immer ohne Komplikationen bewältigt werden können.

Kantonsgericht KG Seite 12 von 18 Die Beschwerdeführerin habe nun die Möglichkeit, eine weitere Massnahme im BASTIV zu absolvieren. Dies sei für sie sehr hilfreich, um ihr Selbstwertgefühl zu trainieren und eigene Lösungswege und Ziele definieren zu können.

bb) Die Ergotherapeutin hält in ihrem Bericht vom 16. November 2011 (Vorakten S. 256 ff.) die folgenden Hauptbefunde fest: Die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsspanne sei eingeschränkt und die Beschwerdeführerin ermüde rasch. Sie fühle fast ständig ein Gefühl der Schwere und Müdigkeit und könne die täglichen Anforderungen nicht im gewünschten Masse erfüllen. Es sei ihr im Rahmen des Belastbarkeitstrainings aber gelungen, die erarbeiteten Strategien für eine Abwechslung zwischen Arbeit und Pausen in den Alltag zu übertragen. So habe sie sich auch zu Hause die Haushaltstätigkeiten anders eingeteilt, was ihr erlaube, mehr Pausen einzulegen. Zudem sei es ihr gelungen, einzelne Arbeiten abzugeben und damit die ihr angebotene Hilfe der Familie besser zu akzeptieren. Trotzdem fühle sich die Beschwerdeführerin noch immer oft müde und ausgelaugt und sie zeige grosse Schwierigkeiten, die eigene Belastbarkeit einzuschätzen. Oft bemerke sie erst zu spät, dass sie schon überfordert oder zu müde sei und eine Pause hätte einlegen sollen. Während des Belastbarkeitstrainings sei es ihr gelungen, die Anwesenheit von zwei auf vier Stunden zu erhöhen. Sie habe jedoch bei jeder zeitlichen Erhöhung etwas mehr Zeit benötigt, um sich an die neuen Anforderungen zu gewöhnen, was ihr aber gelungen sei. Nach Möglichkeit sollte die Massnahme verlängert und der Beschwerdeführerin mehr Zeit gegeben werden.

cc) Der Schlussbericht betreffend die Abklärung der Eingliederungs- und Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin datiert vom 6. Juni 2012 (Vorakten S. 326 ff.). Er hält Folgendes fest: Der Beschwerdeführerin sei es schwer gefallen, die für ihre Gesundheit wichtigen Pausen selbständig zu machen. Sie sei meist „arbeitsgesteuert“ gewesen und habe erst nach erledigter Arbeit Pausen gemacht. Es sei ihr nicht gelungen, ihre Grenzen zu finden und zu bestimmen. Die kognitiven Fähigkeiten der Beschwerdeführerin seien durchschnittlich, jedoch sei teilweise eine verzögerte Denkweise festgestellt worden. Eine geringe Belastbarkeit sowie grosse Angst vor neuen Aufgaben hätten für sie extreme Belastungsfaktoren dargestellt. Da sie nur teilweise in der Lage gewesen sei, sich an bereits gemachte Erfahrungen zu erinnern, seien für sie hauptsächlich einfache, repetitive Tätigkeiten möglich gewesen. Ihre Konzentration sei stark schwankend gewesen. Die Beschwerdeführerin habe sich häufig selbst unter Leistungsdruck gesetzt. Dies habe eine extreme Ermüdung und dadurch verstärkte Konzentrationseinbussen ausgelöst. Da sie ihre Grenzen nicht gekannt habe, habe sie sich meist im Bereich der Überforderung befunden. Sie sei bis zum Schluss der Massnahme nicht imstande gewesen, ihre gesundheitliche Situation zu akzeptieren. Die Beschwerdeführerin habe sich immer motiviert gezeigt, eine Arbeit auszuüben. Ihre Unsicherheit und Angst bei neuen, ihr unbekanntem Aufgaben seien gut feststellbar gewesen. Die daraus resultierende geringe Belastbarkeit in Form von Konzentrationsschwäche und Müdigkeit seien ebenfalls ersichtlich gewesen. Aus diesem Grund und wegen der noch nicht vorhandenen Akzeptanz erscheine eine Eingliederung im ersten Arbeitsmarkt als unrealistisch und würde vermutlich scheitern. Eine Umschulung sei aus den erwähnten Gründen ebenfalls nicht angezeigt.

Kantonsgericht KG Seite 13 von 18 Die im Bericht des C. _____ erwähnte Arbeits- und Leistungsfähigkeit könne zurzeit nicht bestätigt werden. e) Am 7. Mai 2012 liess sich der Hausarzt, Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, wie folgt vernehmen: Es würden von intellektueller Seite her vorwiegend Konzentrationsstörungen bestehen. Diese würden nach 20 Minuten mit enormer Müdigkeit auftreten, welche sie fast zu Boden ziehe. Um die Situation zu lösen, müsse die Beschwerdeführerin etwa 20 Minuten

ruhen. Die Müdigkeit werde häufig von Kopfschmerzen begleitet, dies jedoch ohne neurologische Ausfälle. Von emotionaler Seite her sei die Beschwerdeführerin im Bereich der Arbeit eher von einem inneren Motor gesteuert resp. angetrieben und schlecht zu stoppen. Sie überschreite ihre Grenzen oder kenne sie nicht. Dieser innere Motor werde dann zunehmend heiss, so dass sie gezwungen sei, eine Pause einzulegen. Sonographisch bestehe eine sehr gute Perfusion der hinzuführenden Arterien und ein Status nach Schilddrüsenexzitation rechts mit einem Restschilddrüsenanteil links. Hämatologisch würden ausser einer leichten Menopausesyndromatik keine Probleme bestehen (Vorakten S. 301). Am 14. März 2013 äusserte sich der RAD-Arzt Dr. med. D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, wie folgt: Aus den somatischen Berichten gehe hervor, dass für die Klagen der Beschwerdeführerin keine objektivierbaren Gründe gefunden werden könnten. Von psychiatrischer Seite werde Müdigkeit, Erschöpfung, ängstlich-depressive Persönlichkeit und Depression genannt. Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit werden genannt: Müdigkeit, schnelle Erschöpfbarkeit im Sinne einer Neurasthenie oder eines Chronic Fatigue Syndroms; als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: St. n. Kollidzyste am Foramen Monraoi (Exstirpation am 24. Februar 2010), St. n. Rotatorenmanschettenruptur rechts (2005), Substituierter Vitamin B12 Mangel, St. n. Thyroidektomie (2005). Es liege keine Depression vor, eine solche werde auch nicht postuliert; es fehle die typische Symptomatik. Kognitive Störungen würden nicht bestehen. Es würden somit einzig rein subjektive Klagen wie Müdigkeit und schnelle Erschöpfbarkeit geschildert. Es handle sich dabei um nicht objektivierbare Klagen, für die kein somatisches Korrelat habe gefunden werden können. Ein sozialer Rückzug in allen Belangen bestehe ebenso wenig wie eine körperliche Krankheit, die die Klagen erklären könnte. Die geklagten subjektiven Einschränkungen könnten weder somatisch noch psychiatrisch erklärt werden (Vorakten S. 342 f.). Am 11. Oktober 2013 wurde die Beschwerdeführerin durch J. _____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP und Kinder- und Jugendpsychologie FSP, neuropsychologisch abgeklärt. Dieser hielt in seinem Bericht vom 18. Oktober 2013 Folgendes fest: Die Beschwerdeführerin habe sich bei der Abklärung offen und motiviert gezeigt. Sie habe sich gut mitteilen und ihre Situation darlegen können und die Anweisungen immer gut verstanden. Sie habe keine mehrmaligen Erklärungen gebracht. Sie habe die Aufgaben konzentriert und gewissenhaft bearbeitet. Ihr Bemühen, gute Leistungen zu zeigen, sei offensichtlich gewesen. Sie habe auch bei Schwierigkeiten nicht aufgegeben. Äusserlich und bezüglich ihres Arbeitsstils seien keine Müdigkeitsanzeichen wahrnehmbar gewesen. Sie habe aber zweimal eine Pause verlangt, weil sie subjektiv die Müdigkeit körperlich gespürt habe und dann wie blockiert gewesen sei. Die Ergebnisse der Untersuchung würden zeigen, dass vor allem im Gedächtnisbereich und im figuralen Erfassen deutliche Defizite vorhanden seien. Da sich die Beschwerdeführerin sehr gut ausdrücke und mitteile sowie motiviert und fleissig arbeite, könne sie im kognitiven Bereich leicht überschätzt werden. Er teile die im Bericht des BASTIV geäusserte Ansicht, dass die Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt nicht realistisch sei, und erachte es als richtig, dass die

Kantonsgericht KG Seite 14 von 18 Beschwerdeführerin die nötige Unterstützung erhalte, um eine ihr angepasste Arbeit ausführen zu können (Vorakten S. 368 f.). In seiner Stellungnahme vom 9. Dezember 2013 äusserte sich der RAD-Arzt Dr. med. D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, dahingehend, dass im neuropsychologischen Bericht von J. _____ die Einschränkungen vom bereits diagnostizierten Chronic Fatigue Syndrom bestätigt, jedoch nicht einem Gehirnschaden

zugewiesen würden. Somit ändere auch diese Untersuchung nichts an seiner Stellungnahme vom 21. März 2013 (Vorakten S. 371).

E. 4

a) Vorliegend kann festgestellt werden, dass die neurochirurgische Operation vom 24. Februar 2010, anlässlich welcher der Beschwerdeführerin eine intrazerebrale Kolloidzyste endoskopisch exstirpiert wurde, komplikationslos verlief. Trotz postoperativen mnestischen Störungen zeigte die Beschwerdeführerin einen sehr erfreulichen postoperativen Verlauf ohne fokal-neurologische Defizite, aber deutlich zögerlicher Rekonvaleszenz. Auch eine MRI- Kontrolluntersuchung zeigte einen regelrechten Befund. Allerdings besteht seit der Operation auch ein anhaltender, allgemeiner und persistierender Erschöpfungszustand (chronische Müdigkeit bzw. schnelle Erschöpfbarkeit bei körperlichen Aktivitäten, Kopfschmerzen, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen), welcher die Beschwerdeführerin in ihrer Leistungsfähigkeit stark beeinträchtigt. Zwar konnte ihre Leistungsfähigkeit im geschützten Rahmen (BASTIV) von zwei auf vier Stunden Präsenzzeit täglich deutlich gesteigert werden, Arbeitsversuche in der freien Wirtschaft scheiterten aber bereits nach kurzer Zeit. Da die beklagten Beschwerden bislang nicht objektiviert werden konnten, diagnostizierten die Ärzte ein Chronic Fatigue Syndrom. b) Die Vorinstanz hat das Rentenbegehren der Beschwerdeführerin mit der Begründung abgewiesen, dass mit einem Chronic Fatigue Syndrom kein anerkannter invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege. Dabei verkennt sie, dass es für die Beurteilung eines Rentenbegehrens nicht ausschliesslich auf die Diagnose ankommt, sondern vielmehr auf den Schweregrad der ärztlich attestierten gesundheitlichen Beeinträchtigung und dementsprechend auf das Mass ihrer Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. So muss in jedem Einzelfall eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein (vgl. Urteil BGer 8C_607/2011 vom 16. März 2012 E. 7.3.1 mit Verweis auf BGE 127 V 294 E. 4c). Dies gilt auch beim Vorliegen einer diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden wie einem Chronic Fatigue Syndrom. Bereits nach bisheriger Rechtsprechung (vgl. BGE 130 V 352) konnte bei solchen Leiden trotz der Überwindbarkeitsvermutung ausnahmsweise eine Invalidität angenommen werden, was anhand der sogenannten Förster-Kriterien geprüft wurde. Nachdem das Bundesgericht für diese Leiden die Überwindbarkeitsvermutung aufgehoben hat (vgl. BGE 141 V 281), ist das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren ergebnisoffen und symmetrisch beurteilen (vgl. hierzu die ausführlichen Erwägungen unter Ziff. 2b). Eine solche Beurteilung der Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigung resp. deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin wurde im vorliegenden Fall aber unterlassen. So begnügte sich die Vorinstanz damit, sämtliche beklagten Beschwerden unter das

Kantonsgericht KG Seite 15 von 18 Chronic Fatigue Syndrom zu subsumieren und das Rentenbegehren der Beschwerdeführerin unter Hinweis auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts abzulehnen, ohne anhand der Förster- Kriterien zu prüfen, ob nicht trotz der – zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung angewandten – Überwindbarkeitsvermutung ausnahmsweise eine Invalidität angenommen werden könne. c) Weiter kann festgestellt werden, dass der vorliegende Fall in neuropsychologischer Hinsicht nicht genügend abgeklärt wurde. Dies aus den folgenden Gründen: In seinem Bericht vom 30. November

2010 ging das C. _____ davon aus, dass die Beschwerdeführerin aus interdisziplinärer Sicht für drei Monate (d.h. bis Ende Februar 2011) zu 100 Prozent arbeitsunfähig sei. Dann bestehe für weitere drei Monate (d.h. bis Ende Mai 2011) eine Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent (sanfter Wiedereinstieg in das Arbeitsleben). In sechs Monaten (d.h. ab Juni 2011) sei sowohl in der zuletzt ausgeführten Tätigkeit als auch in einer angepassten mittelschweren Tätigkeit mit einer vollen Arbeitsfähigkeit ganztags zu rechnen. Die Arbeitsunfähigkeit wurde im Wesentlichen mit einer allgemeinen und muskulären Dekonditionierung begründet und es wurde grundsätzlich von einer Überwindbarkeit der Beschwerden ausgegangen. Sollte nach diesen sechs Monaten die eingeschränkte Leistungsfähigkeit und Ermüdbarkeit trotz konsequenter Umsetzung der vorgeschlagenen Therapiemassnahmen (medizinische Trainingstherapie) anhalten, werde eine ergänzende neuropsychologische Abklärung empfohlen (Vorakten S. 50; siehe auch den Bericht von Dr. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 21. November 2010; Vorakten S. 57). In der Folge nahmen die beklagten Beschwerden (chronische Müdigkeit bzw. schnelle Ermüdbarkeit, Kopfschmerzen, Übelkeit, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen) aber nicht ab und die Beschwerdeführerin war trotz entsprechenden Massnahmen (medizinische Trainingstherapie; Belastbarkeitstraining) auch nach diesen sechs Monaten weiterhin stark in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Dies obschon sie versuchte, etwas an ihrer Situation zu verändern, und sie sich durchwegs motiviert, zuverlässig, pflichtbewusst und gewissenhaft zeigte und sich auch darum bemühte, gute Leistungen zu erbringen (Vorakten S. 52, 255, 260, 261, 322, 368). Hinweise auf eine Selbstlimitierung oder Aggravation finden sich in den Akten nicht. Die Beschwerdeführerin wurde deshalb zur neuropsychologischen Abklärung der Abteilung für kognitive und restorative Neurologie überwiesen (Bericht des F. _____, Universitätsklinik für Neurochirurgie vom 7. Oktober 2011; Vorakten S. 228 f.), welche insgesamt unauffällige kognitive Befunde feststellte und zur Beurteilung der Ermüdbarkeit eine Untersuchung in der Neurologischen Poliklinik vorschlug (Bericht des F. _____, Universitätsklinik für Neurologie, vom 9. November 2011; Vorakten S. 242). Diese Untersuchung fand aber nie statt. Stattdessen wurden – auf schriftlichen Einwand der Beschwerdeführerin gegen den Vorentscheid vom 3. Juni 2013 – bei J. _____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP und Kinder- und Jugendpsychologie FSP, mehrere neuropsychologische Testverfahren (Intelligenz-Strukturtest 2000 R [IST], Gailinger Abzweigentest, Verbaler Lern- und Merkfähigkeit-Test [VLMT], Zahlenverbindungstest [ZVT], Test d2 und figure complex) durchgeführt, anlässlich welchen deutliche Defizite vor allem im Gedächtnisbereich und im figuralen Erfassen nachgewiesen werden konnten (Bericht vom 18. Oktober 2013, Vorakten S. 368 f.). Diese Ergebnisse wurden in der Folge aber weder ausgewertet noch weiter abgeklärt. Vielmehr beschränkt sich J. _____ in seinem Bericht vom 18. Oktober 2013 darauf, die Defizite festzustellen. Ob er als Psychologin überhaupt über den notwendigen beruflichen Hintergrund verfügen würde, die Ergebnisse der durchgeführten Testverfahren

Kantonsgericht KG Seite 16 von 18 neuropsychologisch auszuwerten, kann somit dahingestellt bleiben. Aber auch der RAD-Arzt Dr. med. D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, lässt in seinem Bericht vom

E. 9

November 2011 am F. _____, Universitätsklinik für Neurologie, durchgeführten Testverfahren, anlässlich welchen insgesamt unauffällige kognitive Befunde festgestellt

werden konnten (vgl. den Bericht vom 9. November 2011, Vorakten S. 243 f.). Auch diese Widersprüche gilt es – unter Berücksichtigung der anlässlich der im BASTIV durchgeführten Integrations- und Abklärungsmassnahmen gemachten Beobachtungen und Erfahrungen – noch zu diskutieren. Schliesslich fällt auf, dass sich – abgesehen vom Hausarzt der Beschwerdeführerin – einzig der Bericht des C._____ zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin äussert. Auf diesen Bericht kann indessen nicht abgestellt werden, da er in klarem Widerspruch zu den im Rahmen der beruflichen Abklärung gemachten Beobachtungen des BASTIV steht und damit überholt ist. So konnte die Beschwerdeführerin im Rahmen des Belastbarkeitstrainings sowie des Verfahrens zur Abklärung ihrer Eingliederungs- und Arbeitsfähigkeit eine Präsenzzeit von maximal vier Stunden pro Tag erreichen (Schlussbericht der Integrationsmassnahmen vom 15. Dezember 2011, Vorakten S. 258; Schlussbericht vom 6. Juni 2012, Vorakten S. 323), dies obschon sie sehr motiviert war und sich auch darum bemühte, gute Leistungen zu zeigen. Das BASTIV erachtete aus diesem Grund eine Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt als unrealistisch (Vorakten S. 322). Diese Ansicht wird von J._____, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP und Kinder- und Jugendpsychologie FSP, geteilt (Vorakten S. 367). d) Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die vorliegende Angelegenheit nicht genügend abgeklärt worden ist. So wurden die von J._____ nachgewiesenen, deutlichen Defizite vor allem im Gedächtnisbereich und im figuralen Erfassen weder ausgewertet noch weiter abgeklärt, womit letztendlich unklar bleibt, ob die von der Beschwerdeführerin nach wie vor beklagten Beschwerden auf das diagnostizierte Chronic Fatigue Syndrom zurückzuführen sind. Zudem fehlt eine gesamthafte ärztliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sowie der Fähigkeit im Aufgabenbereich. Dies ist erst Recht notwendig, da auch die RAD-Ärztin Dr. med. I._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, die Symptome des Chronic Fatigue Syndroms als Folge einer Hirnoperation als durchaus plausibel anerkennt. Daher ist eine polydisziplinäre Diskussion der festgestellten Symptome unumgänglich. Des Weiteren ist die Vorinstanz darauf aufmerksam zu machen, dass selbst unter Berücksichtigung der verspäteten Anmeldung ein allfälliger (befristeter) Leistungsanspruch ab August 2011 in Frage kommen könnte. Von daher ist auch die Entwicklung der Arbeitsfähigkeit ab diesem Zeitpunkt bis zum Verfügungserlass genauer abzuklären. 5.

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