

# GR\_GERICHTE S 2017 162 vom 18. Dezember 2018

GR Gerichte, 2018-12-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S\\_2017\\_162](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2017_162)

FR: GR\_GERICHTE S 2017 162 du 18 décembre 2018

IT: GR\_GERICHTE S 2017 162 del 18 dicembre 2018

## Regeste

Versicherungsleistungen nach IVG | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 3

Am 30. September 2015 erfolgte eine erneute Anmeldung bei der IV-Stelle für berufliche Integration/Rente unter Hinweis auf dieselben gesundheitlichen Probleme. Die IV-Stelle tätigte verschiedene Abklärungen. Insbesondere wurden der Bericht über die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) in der Klinik C.\_\_\_\_\_ vom 12. September 2016, das rheumatologische Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2016 (Posteingang) und das neuropsychologische Gutachten der psychiatrischen Dienste Graubünden (PDGR) von Dr. phil. E.\_\_\_\_\_ sowie Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 18. Mai 2017 eingeholt. Schliesslich wurde von der IV-Stelle auch noch das psychiatrische Gutachten von Med. pract. G.\_\_\_\_\_ vom 13. Juli 2017 in Auftrag gegeben und es erfolgte am 6. September 2017 eine RAD-Abschlussbeurteilung der eingeholten medizinischen Unterlagen durch RAD-Arzt H.\_\_\_\_\_. Zwischenzeitlich gewährte die IV-Stelle A.\_\_\_\_\_ mit Mitteilung vom 21. April 2016 eine Frühinterventionsmassnahme in der Form eines Aufbautrainings, welches aber mit Mitteilung vom 14. Juni 2016

- 3 - aufgrund der von A.\_\_\_\_\_ geschilderten gesundheitlichen Situation bzw. der geschilderten subjektiven Eingliederungsfähigkeit beendet wurde.

### E. 3.1

Anspruch auf eine Invalidenrente hat, wer im Sinne des Gesetzes invalid ist. Bei erwerbstätigen Versicherten gilt als Invalidität die durch einen körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschaden verursachte,

- 13 - voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit (Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 ATSG), welche die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Die Erwerbsunfähigkeit wiederum 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 Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Zur Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen, wobei eine Erwerbsunfähigkeit zudem nur vorliegt, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Keine Beeinträchtigungen der Gesundheit stellen soziokulturelle Schwierigkeiten mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sowie psychosoziale Faktoren dar. Invaliditätsfremde Gründe sind darüber hinaus auch Aggravation und Simulation (vgl. zum Ganzen KIESER, a.a.O., Art. 7 Rz. 20 ff.; siehe

bezüglich Aggravation und ähnlicher Erscheinungen auch BGE 141 V 281 E.2.2.1 f. und BGE 140 V 193 E.3.3). Bei Teilzeiterwerbstätigen wird für den Erwerbsteil die Invalidität gemäss Art. 16 ATSG bestimmt. War die Person daneben auch noch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diesen Teil hingegen nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und die Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG, Art. 27bis IVV in der bis zum 31. Dezember 2017 gültigen Fassung; gemischte Methode; siehe dazu BGE 142 V 290 E.4 ff., 141 V 15 E.3 ff., 137 V 334 E.3 ff., 133 V 504 E.3 ff., 131 V 51 E.5, 130 V 393 E.3.1 ff., 125 V 146 E.2 ff. sowie auch die vorstehende Erwägung 2.3). Ein rentenbegründender Invaliditätsgrad liegt vor, wenn eine versicherte Person ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern kann, während mindestens eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu mindestens 40 % im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich eingeschränkt gewesen ist und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ist (Art. 28 Abs. 1 IVG).

### **E. 3.2**

Um beurteilen zu können, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten einem Versicherten noch eine Erwerbstätigkeit zugemutet werden kann bzw. ob sich der Gesundheitszustand eines Versicherten in anspruchserheblicher Weise geändert hat, sind die Verwaltung und das im Beschwerdefall angerufene Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung stellen. Dabei besteht die Aufgabe des Arztes darin, den Gesundheitszustand zu beurteilen und – wenn nötig – seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden Befunde zu erheben und gestützt darauf eine Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Arzt seine originäre Aufgabe, wofür die Verwaltung und im Streitfall das Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgeabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt dem Arzt keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Er gibt aber eine Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit ab, welche er aus seiner Sicht so substantiell wie möglich begründet. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten konkret noch zugemutet werden können (vgl. BGE 140 V 193 E.3.2, 132 V 93 E.4 und 125 V 256 E.4).

### **E. 3.3**

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise grundsätzlich frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren be-

- 15 - deutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine

und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E.3a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist 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 einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E.5.1, 125 V 351 E.3a). 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 (siehe BGE 125 V 351 E.3a, 122 V 157 E.1c mit Hinweisen). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E.3b, 118 V 286 E.1b, 112 V 30 E.1a mit Hinweisen). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 139 V 225 E.5.2, 135 V 465 E.4.3.2 und 4.4; Urteile des Bundesgerichtes 9C\_415/2017 vom 21. September 2017 E.3.2, 8C\_452/2016 vom 27. September 2016 E.4.2.2 f., 8C\_245/2011 vom 25. August 2011 E.5.3). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und

- 16 - Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E.1.3.4, 125 V 351 E.3b/bb). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter auch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E.4.5, 125 V 351 E.3b/cc). Sodann kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (vgl. zum Ganzen BGE 125 V 351 E.3b/ee, 122 V 157 E.1c).

#### **E. 4**

Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens äusserte sich A. \_\_\_\_\_ bzw. ihr Rechtsvertreter mit Schreiben vom 25. September 2017 und 26. Oktober 2017 zum Vorbescheid vom 11. September 2017. Mit Verfügung vom 2. November 2017 verneinte die IV-Stelle einen Anspruch auf eine Invalidenrente. Aufgrund der getätigten medizinischen Abklärungen erkannte die IV-Stelle auf eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit. Daraus resultiere nach der gemischten Methode ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 22 %.

#### E. 4.1

Die Beschwerdeführerin rügt in der Beschwerde vom 4. Dezember 2017 hinsichtlich der von der Beschwerdegegnerin bei ihr festgestellten gesundheitlichen Beeinträchtigungen, dass gestützt auf den Bericht von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2017 die von der Beschwerdegegnerin eingeholten rheumatologischen und psychiatrischen Gutachten vom 9. Dezember 2016 (Posteingang) bzw. 13. Juli 2017, entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid, sehr wohl in begründeter Weise in Frage gestellt würden. Vor dem Hintergrund, dass dem Verwaltungsgericht keine Kompetenz zukomme die Beurteilung von Dr. med.

- 17 - I. \_\_\_\_\_ in Zweifel zu ziehen, müsse der angefochtene Entscheid aufgehoben und zur neuen Beurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen werden oder das Gericht hätte (mindestens) eine fachärztliche Erörterung zum Bericht von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2017 einzuholen. Ferner sei auch keine zwingend notwendige Haushaltsabklärung erfolgt, obschon die Beschwerdeführerin nicht voll erwerbstätig sei. Die Beschwerdegegnerin schliesse zu Unrecht aus dem rheumatologischen und psychiatrischen Gutachten, dass keine Einschränkung in der Haushaltsführung vorliege. Auch deswegen müsse der angefochtene Entscheid aufgehoben und an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen werden oder das Verwaltungsgericht gebe selbst eine Haushaltsabklärung bei einer Fachperson in Auftrag. Zudem schliesse die Beschwerdegegnerin auch zu Unrecht auf einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad, wenn man von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit im Teilbereich Haushalt ausginge. Denn die Beschwerdegegnerin lasse ausser Betracht, dass ein Gesundheitsschaden immer auch mit einer Verminderung der zeitlichen Belastbarkeit einhergehe. Die Tätigkeit in zwei Bereichen habe Auswirkungen auf den jeweils anderen Bereich, weil die Arbeitsfähigkeit in einem Bereich nicht nur vom Gesundheitszustand, sondern auch von der Belastung im anderen Bereich beeinflusst werde. Schliesslich seien die von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen Gutachten auch in sich nicht konsistent, was sich schon aus der zeitlichen Differenz zwischen der rheumatologischen Begutachtung im November 2016 und der psychiatrischen Begutachtung im Juli 2017 ergebe. Zusätzlich seien auch die verwendeten Begrifflichkeiten wie Diagnosen nicht restlos konsistent. Weiter kritisierte die Beschwerdeführerin die Verwendung unterschiedlicher Begriffe wie "Ausweitung" oder "Verdeutlichung" (von Beschwerden), wobei das Bundesgericht festgehalten habe, dass Verdeutlichungstendenzen einen normalen Vorgang darstellen. Im Widerspruch zu den vorstehend erwähnten Begriffen, spreche das neuropsychologische Gutachten von "Verzerrung", was Med. pract. G. \_\_\_\_\_ als deutliche Hinweise auf Aggravation interpretiere. Den psych-

- 18 - iatrisch beschriebenen Symptomen der diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren fehle ein Bezug zum Schweregrad. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung müsse aber hinsichtlich einer allfälligen Invalidität dem diagnose-inhärenten Schweregrad der somatoformen Schmerzstörung vermehrt Rechnung getragen werden. Entsprechende Abklärungen habe die Beschwerdegegnerin aber unterlassen und die abklärenden, sachverständigen medizinischen Personen seien auch kaum den Hinweisen aus dem Alltag der Beschwerdeführerin, insbesondere bezüglich des ausserberuflichen Bereiches, nachgegangen. Im Ergebnis missachtete nach Ansicht der Beschwerdeführerin die Beschwerdegegnerin die Vorgaben der bundesgerichtlichen Rechtsprechung hinsichtlich einer indikatorenbasierten Abklärung im Sinne von BGE 141 V 281. Daraus folge, dass eine ergänzende, gesamt- und einheitliche

Gesamtbegutachtung, welche den Anforderungen gemäss BGE 141 V 281 genüge, durch die Beschwerdegegnerin hätte in Auftrag gegeben werden müssen, was zur Aufhebung des angefochtenen Entscheides und Rückweisung zu neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin führe.

#### **E. 4.2**

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in ihrer Vernehmlassung vom 20. Dezember 2017 zutreffenderweise auf den Standpunkt, dass sie mangels Kenntnis des Berichtes von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2017 (Bf-act. 1, Bg-act. 142) im Zeitpunkt des Verfügungserlasses gar keine Möglichkeit zur Berücksichtigung desselben hatte (vgl. bereits vorstehende Erwägung 2.1). Trotzdem würdigte die Beschwerdegegnerin in ihrer Vernehmlassung den fraglichen Bericht vom 31. Oktober 2017 dahingehend, ob diese fachärztliche Stellungnahme das psychiatrische Gutachten von Med. pract. G. \_\_\_\_\_ vom 13. Juli 2017 (Bg-act. 126) derart zu erschüttern vermöge, dass vom Administrativgutachten abzuweichen wäre. Die Beschwerdegegnerin verneinte dies. Zum einen fänden sich im Bericht vom 31. Oktober 2017 von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ keine Hinweise auf eine zwischen-

- 19 - zeitliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes, womit diesbezüglich kein Grund für weitere psychiatrische Abklärungen bestehe. Somit handle es sich bei der Einschätzung von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2017 lediglich um eine andere Beurteilung des bereits am 12. Juni 2017, also im Zeitpunkt der Exploration hinsichtlich des psychiatrischen Administrativgutachtens, vorliegenden Gesundheitszustandes. Die Ausführungen von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vermögen gemäss der Beschwerdegegnerin die Beurteilung von Med. pract. G. \_\_\_\_\_ nicht derart zu erschüttern, dass nicht mehr auf das psychiatrische Administrativgutachten vom 13. Juli 2017 abzustellen wäre. Die Diskrepanzen zwischen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der behandelnden Psychiaterin Dr. med. I. \_\_\_\_\_ sowie derjenigen der Administrativgutachterin Med. pract. G. \_\_\_\_\_, seien nicht aussergewöhnlich, wobei zu berücksichtigen sei, dass Med. pract. G. \_\_\_\_\_ als zertifizierte Gutachterin SIM darauf spezialisiert sei, den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und die IV-rechtliche Arbeitsfähigkeit objektiv und rechtsgleich zu beurteilen. Aus den von Med. pract. G. \_\_\_\_\_ erhobenen Befunden, den gestellten bzw. verneinten Diagnosen sowie der vorgenommenen Prüfung der Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich nachvollziehbar, dass bei der Beschwerdeführerin keine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen vorliege oder vorgelegen habe. Schliesslich wies die Beschwerdegegnerin auch noch darauf hin, dass Dr. med. I. \_\_\_\_\_ somatische und somit fachfremde Gründe für die von ihr attestierte Arbeitsunfähigkeit anführe. Sowohl Dr. med. D. \_\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 9. Dezember 2016 (Posteingang), als auch Med. pract. G. \_\_\_\_\_ in ihrem Gutachten vom

#### **E. 4.3**

Für die Bemessung des Invaliditätsgrades der Beschwerdeführerin stützte sich die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid in medizinischer Hinsicht insbesondere auf das rheumatologische Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt Rheumatologie und Innere Medizin FMH sowie zertifizierter medizinischer Gutachter SIM vom 9. Dezember 2016 (Posteingang; siehe Bg-act. 101), das psychiatrische Gutachten von Med. pract. G. \_\_\_\_\_, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie FMH sowie zertifizierte

medizinische Gutachterin SIM vom 13. Juli 2017 (Bg-act. 126), das neuropsychologische Gutachten der psychiatrischen Dienste Graubünden (PDGR) von Dr. phil. E.\_\_\_\_\_, Fachpsychologe FSP und Neuropsychologe SVNP sowie Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie FMH sowie zertifizierte Gutachterin SIM vom 18. Mai 2017 (Bg-act. 122), die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) der Klinik C.\_\_\_\_ von Dr. med. K.\_\_\_\_, Leitende Ärztin Rheumatologie und D. L.\_\_\_\_, Therapeut Ergonomie vom 12. September 2016 (Bg-act. 99) sowie die RAD-Beurteilungen vom 6. September 2017 (Bg-act. 140 S. 19 ff.). Seitens der Beschwerdeführerin ging nach Erlass der angefochtenen Verfügung noch ein Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2017 bei der Beschwerdegegnerin ein (Bg-act. 142; vgl. auch vorstehende Erwägung 2.1), welcher gemäss Beschwerdeführerin insbesondere das psychiatrische Gutachten von Med. pract. G.\_\_\_\_ in Zweifel ziehe. Nachfolgend ist also der Beweiswert der von der Beschwerdegegnerin herangezogenen medizinischen Abklärungen zu prüfen.

## **E. 5**

Dagegen erhob A.\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Vincent Augustin, am 4. Dezember 2017 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden mit folgenden Anträgen: " 1. Die angefochtene Verfügung der SVA Graubünden (IV-Stelle Graubünden) vom 02.11.2017 sei aufzuheben und die Rechtssache der Vorinstanz zu neuer Entscheidung im Sinne der verwaltungsgerichtlichen Erwägungen zurück zu weisen. 2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen gemäss Gesetz." In der Beschwerde wurde insbesondere eine unvollständige und unrichtige Feststellung des Sachverhaltes durch die IV-Stelle (nachfolgend Beschwerdegegnerin) geltend gemacht. So habe die Beschwerdegegnerin einen Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2017 nicht berücksichtigt und keine Haushaltsabklärung durchgeführt. Die von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen Abklärungen entsprächen nicht den Anforderungen an ein strukturiertes Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 und seien nicht konsistent. Ferner missachte die Beschwerdegegnerin die Schlussfolgerungen, welche aus dem Urteil Di Trizio des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte bezüglich

- 4 - der Ausgestaltung der gemischten Methode zu ziehen seien und lasse Wechselwirkungen zwischen dem Erwerbs- und Haushaltsbereich ausser Acht.

### **E. 5.1**

Dr. med. D.\_\_\_\_ stellt im rheumatologischen Gutachten vom 9. Dezember 2016 (Posteingang) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Fibromyalgie - Chronisches lumbospondylogenes Syndrom links

- 21 - Persistierende Foramina stenose L5/S1 links bei Status nach Dekompression am 25.06.2015 Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien folgende Diagnosen: - Seronegative Spondylarthrose, HLA-B27 positiv Aktuell klinisch und labormässig keine Aktivität - Osteoporose lumbal Dr. med. D.\_\_\_\_ beurteilt die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht in der angestammten Tätigkeit infolge der vorwiegend stehenden Tätigkeit sowie dem offenbar wiederholten Heben von schweren Lasten, auch unter Berücksichtigung von Gewichtslimiten (repetitiv: 5 kg; Einzellasten körpernah: 15 kg) mit 40 % bis maximal 50 % eines Vollzeitpensums. In einer dem Wirbelsäulenleiden angepassten, körperlich leichten und wechselbelastenden Tätigkeit ohne Überschreitung der genannten Gewichtslimiten sei aus rheumatologischer Sicht eine

Arbeitsfähigkeit von 70 % (eines Vollzeitpensums) medizinisch-theoretisch zumutbar. Aus rheumatologischer Sicht sei infolge der objektivierbaren strukturellen Befunde mit Osteochondrose und Spondylarthrosen L5/S1 eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule gegeben. Aufgrund der chronischen, fixierten Schmerzerkrankung (Fibromyalgie) mit deutlicher Dekonditionierung infolge lang anhaltenden Schonverhaltens sei eine allgemein verminderte körperliche Leistungsfähigkeit von 30 % gegeben. Qualitative Einschränkungen aufgrund der Wirbelsäulenerkrankung bestünden hinsichtlich rein sitzenden oder rein stehenden Tätigkeiten. Insbesondere auch kurzfristiges vornüber geneigtes Stehen sei nur sehr eingeschränkt zumutbar. Das repetitive Heben von Lasten solle Lasten von 5 kg, für körpernahe Einzellasten 15 kg nicht überschreiten. Diese Einschätzungen bezögen sich auf klinisch und radiologisch objektivierbare Befunde, denn die Ergebnisse der kürzlich durchgeführten EFL könnten aufgrund der dabei beschriebenen, massiven Symptomausweitung und Selbstlimitierung nicht zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit herangezogen werden. Eine über 30 % hinausgehende Arbeitsunfähigkeit könne aufgrund der objektiven Befunde zumindest aus (isoliert) somatischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Al-

- 22 - lerdings empfahl Dr. med. D.\_\_\_\_\_, das Vorliegen einer zusätzlichen psychischen Erkrankung zu prüfen, welche in Kombination mit der chronischen Schmerzerkrankung die Arbeitsfähigkeit allenfalls zusätzlich einschränken könnte (vgl. zum Ganzen Bg-act. 101 S. 12 ff.).

## E. 5.2

Im psychiatrischen Gutachten vom 13. Juli 2017 stellte Med. pract. G.\_\_\_\_ keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielt sie fest: Dysthymia (ICD-10: F 34.1) Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4) Med. pract. G.\_\_\_\_ gelangte zum Schluss, dass die über viele Jahre als angelesene Verkäuferin tätige Beschwerdeführerin in dieser angestammten Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig sei. Aus gutachterlich-psychiatrischer Sicht habe bei der Beschwerdeführerin eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen nie vorgelegen. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in anderen (adaptierten) Tätigkeiten sei die Beschwerdeführerin ebenfalls 100%ig arbeitsfähig in angelernten Tätigkeiten des freien Arbeitsmarktes. Als ideal angepasste (adaptierte) Tätigkeiten kämen aus psychiatrischer Sicht alle Tätigkeiten in Frage, welche den Frauen im Alter der Beschwerdeführerin zugemutet werden könnten. Eine Tätigkeit in der freien Wirtschaft sei grundsätzlich möglich, eine Tätigkeit in einem geschützten Rahmen sicher nicht erforderlich. Med. pract. G.\_\_\_\_ erkannte weiter, dass eine berufliche Wiedereingliederung ab sofort möglich und zumutbar sei, wobei allerdings die Motivation der Beschwerdeführerin kritisch zu prüfen sei. Die Prognose für die berufliche Wiedereingliederung sei unter Berücksichtigung des Längsschnittverlaufs als günstig einzuschätzen. Med. pract. G.\_\_\_\_ erachtete die tiefe Selbsteinschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit durch die Beschwerdeführerin aus gutachterlich-psychiatrischer Sicht als nicht nachvollziehbar und die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten psychischen Einschränkungen könnten aus psychiatrischer Sicht nicht verifiziert werden. Neben Verdeutli-

- 23 - chungstendenzen der Beschwerden liessen sich auch Aggravationstendenzen bei der Beschwerdeführerin feststellen. Zudem erkannte Med. pract. G.\_\_\_\_ bei der Beschwerdeführerin auch ein unangepasstes Krankheits-, Schon- und

Vermeidungsverhalten bei einem eigenwilligen, somatisch geprägten Krankheitskonzept. Vor diesem Hintergrund lasse sich ein hoher sekundärer Krankheitsgewinn feststellen bei mehreren psychosozialen Belastungsfaktoren wie Migrationshintergrund, Fehlen eines erlernten Berufes und Ausübung einer angelernten Tätigkeit bei ursprünglichem Wunsch nach einem (universitären) Studium, Konflikte am Arbeitsplatz, Wunsch nach finanzieller Entschädigung nach einem – aus subjektiver Sicht der Beschwerdeführerin – "Arbeitsunfall" im Dezember 2012, zwischenzeitliche Dekonditionierung nach langer Phase ohne berufliche Tätigkeit sowie erschwerte Bedingungen auf dem freien Arbeitsmarkt infolge des fortgeschrittenen Alters, welche aber als IV-fremd zu betrachten seien. Zu den früheren, aktenkundigen (fachärztlichen) Einschätzungen führte Med. pract. G.\_\_\_\_\_ aus, dass sich die beiden fachärztlichen Berichte in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit diametral unterscheiden würden. Während Dr. med. M.\_\_\_\_\_ in seinem psychiatrischen Bericht vom Januar 2016 (siehe Bg-act. 59 und 61) bei der Beschwerdeführerin keine psychiatrischen Diagnosen mit Krankheitswert bzw. solche mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe stellen können und von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit ausgegangen sei, berichtete die ambulant behandelnde Psychiaterin Dr. med. I.\_\_\_\_\_ im Dezember 2016 von einer Verschlechterung des psychischen Zustandes der Beschwerdeführerin im Frühjahr 2016, namentlich infolge einer schweren depressiven Episode, welche zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ab Mai 2016 geführt habe. Weder die diagnostische Einschätzung noch die attestierte, vollständige Arbeitsunfähigkeit konnte Med. pract. G.\_\_\_\_\_ aus gutachterlich-psychiatrischer Sicht nachvollziehen und dies habe sich auch anhand der eigenen Untersuchungsergebnisse nicht bestätigen lassen. Es müsse angenommen werden, dass die ambulant behandelnde Psychiaterin Dr. med. I.\_\_\_\_\_ über-

- 24 - wiegend auf die subjektiven Beschwerden abgestellt habe und auch die von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ angenommenen körperlichen Einschränkungen bei vorbekannten somatischen Diagnosen miteinbezogen habe, was aber als fachfremde Einschätzung zu werten sei. Aus aktueller gutachterlich-psychiatrischer Sicht sei anzumerken, dass die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten körperlichen und kognitiven Einschränkungen sich nicht hätten verifizieren und plausibilisieren lassen und verwies dazu auf den EFL-Bericht vom 12. September 2016 (Bg-act. 99) sowie das neuropsychologische Gutachten vom 18. Mai 2017 (Bg-act. 122). Med. pract. G.\_\_\_\_\_ stellte auch bei der eigenen Untersuchung vom 12. Juni 2017 Verdeutlichungstendenzen der Beschwerden und Aggravationstendenzen fest (vgl. zum Ganzen Bg-act. 126 S. 30 ff.)

### **E. 5.3**

Bezüglich der allgemeinen Beweisanforderungen ist festzustellen, dass sowohl das rheumatologische Gutachten vom 9. Dezember 2016 (Posteingang) als auch das psychiatrische Gutachten vom 13. Juli 2017 in Kenntnis der umfangreichen Vorakten verfasst wurde (siehe Bg-act. 101 S. 2 - 7; Bg-act. 126 S. 4 - 12). Ferner basierten die beiden Gutachten auf eigenen Erhebungen der jeweiligen Gutachter vom 16. November 2016 und 12. Juni 2017 (siehe Bg-act. 101 S. 1; 126 S. 1), sind jeweils bezüglich des entsprechenden Fachgebietes im Hinblick auf die strittigen Fragen als umfassend anzusehen und geben auch die von der Beschwerdeführerin geschilderten Einschränkungen und Beschwerden wieder. Die Schlussfolgerungen der beiden Gutachter Dr. med. D.\_\_\_\_\_ und Med. pract. G.\_\_\_\_\_ erscheinen zudem nachvollziehbar begründet und setzen sich mit anders lautenden Diagnosen und Arbeitsfähigkeitseinschätzungen auseinander. Somit erfül-

len beide Administrativgutachten die grundlegenden beweisrechtlichen Vorgaben an medizinische Gutachten (vgl. dazu BGE 134 V 231 E.5.1, 125 V 351 E.3a, 122 V 157 E.1c mit Hinweisen; siehe auch BGE 144 V 50 E.4.3). Auch die weiteren medizinischen Abklärungen der Beschwerdegegnerin, wie insbesondere der EFL-Bericht vom 12. September 2016 und

- 25 - auch das neuropsychologische Gutachten vom 18. Mai 2017 sind als beweiskräftig zu betrachten. Denn auch die weiteren erwähnten Abklärungen basierten auf eigenen Erhebungen der jeweiligen Fachpersonen vom 3./4. August 2016 bzw. 21. April, 5. Mai und 12. Mai 2017 (siehe Bg-act. 99 S. 4; Bg-act. 122 S. 1), sind in Kenntnis der Anamnese abgegeben worden und erfüllten auch die weiteren, relevanten Beweiskriterien für medizinische Berichte und Gutachten. 6. Nachfolgend ist das psychiatrische Gutachten vom 13. Juli 2017 von Med. pract. G.\_\_\_\_\_ dahingehend zu prüfen, ob es auch hinsichtlich den funktionellen Auswirkungen der psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung nachvollziehbar und schlüssig erscheint bzw. eine (psychische) gesundheitliche Beeinträchtigung von erheblichem Schweregrad sowie deren funktionelle Auswirkungen objektiv, kohärent und widerspruchsfrei unter Berücksichtigung der rechtlichen Rahmenbedingungen und der massgebenden Indikatoren (vgl. dazu nachfolgende Erwägung 6.1) zu Recht überwiegend wahrscheinlich verneint.

## **E. 6**

In der Vernehmlassung vom 20. Dezember 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin die kostenfällige Abweisung der Beschwerde. Die Beschwerdegegnerin wies darauf hin, dass sie die Invaliditätsbemessung korrekterweise nach der bis zum 31. Dezember 2017 gültigen gemischten Methode vorgenommen habe und vorliegend auch keine "Di Trizio ähnliche Ausgangslage" zu beurteilen war. Der Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2017 sei nicht rechtzeitig bei der Beschwerdegegnerin eingegangen und im Übrigen vermöge dieser Bericht das psychiatrische Gutachten von Med. pract. G.\_\_\_\_\_ vom 13. Juli 2017 nicht derart zu erschüttern, dass vom psychiatrischen Gutachten von Med. pract. G.\_\_\_\_\_ abzuweichen wäre. Von einer Haushaltsabklärung durfte abgesehen werden, weil selbst bei einer unrealistisch hohen Einschränkung im Haushalt kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultierte, woran auch die geltend gemachten Wechselwirkungen nichts ändern könnten. Die Beschwerdegegnerin stellte schliesslich in Abrede, dass die von ihr in Auftrag gegebenen rheumatologischen und psychiatrischen Gutachten nicht den Anforderungen gemäss BGE 141 V 281 entsprächen.

### **E. 6.1**

Eine lege artis gestellte Diagnose gilt als Voraussetzung und Ausgangspunkt für die Frage der invalidisierenden Auswirkung einer Beeinträchtigung der Gesundheit, ist für sich alleine aber nicht ausreichend (vgl. BGE 142 V 106 E.4.4, 141 V 281 E.2.1 sowie 130 V 396 E. 6.2 ff.). Entscheidend für die invalidisierende Wirkung einer gesundheitlichen Beeinträchtigung sind ihre Einflüsse auf die Erwerbsfähigkeit, also die objektiven funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung (siehe BGE 142 V 106 E.4.4, 139 V 547 E.5.1). Im Leitentscheid BGE 141 V 281 formulierte das Bundesgericht einen aus zwei Hauptkategorien, nämlich "Funktioneller Schweregrad" und "Konsistenz" bestehenden Indikatorenkatalog zur Prüfung, ob die funktionellen Auswirkungen von medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchs-

- 26 - Grundlagen im Einzelfall anhand dieser Standardindikatoren einen rentenbegründeten Invaliditätsgrad schlüssig und widerspruchsfrei mit zumindest überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen. Dieser Indikatorenkatalog gliedert sich wie folgt (vgl. dazu BGE 141 V 281 E.4.1.3 ff.): • Kategorie "Funktioneller Schweregrad" o Komplex "Gesundheitsschädigung" ■ Indikator "Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde" ■ Indikator "Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz" ■ Indikator "Komorbiditäten" o Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) o Komplex "Sozialer Kontext" (Abgrenzung psychosozialer und soziokultureller Faktoren; Eruierung der Ressourcen anhand des sozialen Umfeldes) • Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens) o Indikator "Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen" o Indikator "Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck" Der Anwendungsbereich dieser neuen Rechtsprechung betraf zuerst die pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage (PÄUSBONOG; vgl. dazu GÄCHTER/MEIER, Schmerzrechtsprechung 2.0, in: Jusletter vom 29. Juni 2015, S. 18 m.H.a. BGE 141 V 281 E.4.2 und dem entsprechenden Verweis auf BGE 140 V 8 E.2.2.1.3). In BGE 142 V 106 führte das Bundesgericht aus, dass eine bei der Invalidenversicherung versicherte Person grundsätzlich als gesund anzusehen sei und sie einer Erwerbstätigkeit nachgehen könne bzw. als valid zu betrachten sei (BGE 142 V 106 E.4.3 m.H.a. BGE 141 V 281 E.3.7.2, siehe auch BGE 144 V 50 E.3.7.2; vgl. dazu auch die [medizinische] Kritik von JÖRG JEGGER im Jusletter-Beitrag: JEGGER, "Der Mensch ist gesund.", in: Jusletter vom 8. Oktober 2018). Ferner sei eine Berentung die Ausnahme, weil die meisten Krankheiten keine dauernde Arbeitsunfähigkeit zur Folge hätten

- 27 - ten (BGE 142 V 106 E.4.3). Der Anspruch auf eine Invalidenrente setze mithin eine Beeinträchtigung der Gesundheit, einen Gesundheitsschaden voraus. Die blosser Diagnose eines Gesundheitsschadens sage aber noch nichts über einen invalidisierenden Charakter aus. Gemäss klarem Gesetzeswortlaut hänge dies vom Einfluss des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit ab (BGE 142 V 106 E.4.4). Entscheidend sei, ob es der versicherten Person wegen dem geklagten Leiden nicht mehr zumutbar sei, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gelte eine objektive Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung, wobei von der grundsätzlichen Validität auszugehen sei und die materielle Beweislast für Invalidität bei der versicherten Person liege. Fehle es bei der gestellten psychiatrischen Diagnose bereits an einem Bezug zum Schweregrad, müsse die ärztliche Feststellung, welche per se von einem umfassenden Krankheitsbegriff ausgehe, anhand der rechtserheblichen Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 im Sinne einer Überprüfung der schmerzbedingten Beeinträchtigung im Alltag beurteilt werden (vgl. zum Ganzen BGE 142 V 106 E.4.2 ff., 141 V 281 E.2.1.2 und E.6). In diesem Zusammenhang kann auch auf BGE 144 V 50 verwiesen werden, wonach ein Gutachten dahingehend zu prüfen ist, ob sich die Ärzte bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit an die normativen Rahmenbedingungen gehalten haben (BGE 144 V 50 E.4.3). Mit BGE 142 V 342 dehnte das Bundesgericht die Rechtsprechung von BGE 141 V 281 auf posttraumatische Belastungsstörungen aus und schliesslich mit BGE 143 V 418 grundsätzlich auf alle psychischen Erkrankungen (vgl. auch noch BGE 143 V 409). Schliesslich ist für die Frage, ob überhaupt ein versicherter, invalidisierender Gesundheitsschaden und ein Leistungsanspruch vorliegt, das Vorhandensein bzw. die Absenz von Ausschlussgründen wie Simulation oder Aggravation

von entscheidender Bedeutung (vgl. BGE 141 V 281 E.2.2.1 f. sowie BGE 140 V 193 E.3.3; siehe

- 28 - auch MEIER, Ein Jahr neue Schmerzrechtsprechung, in: Jusletter vom 11. Juli 2015, S. 8 ff.). Ärztliche Arbeitsfähigkeitseinschätzungen sind somit im Hinblick auf die Bestimmung einer versicherungsleistungsrelevanten Arbeitsunfähigkeit dahingehend zu überprüfen, ob sich die ärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit an die normativen Rahmenbedingungen gehalten hat sowie ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf eine versicherungsleistungsrelevante Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 144 V 50 E.4.3; siehe auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_126/2018 vom 6. Juli 2018 E.2.2.2). Dazu gehört insbesondere, ob nur funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Beurteilung berücksichtigt wurden sowie ob die Zumutbarkeit anhand von objektiven Grundlagen beurteilt wurde. Diese soll aber nicht zu einer Parallelüberprüfung in einem eigenen strukturierten Beweisverfahren durch den Rechtsanwender führen, sondern es ist im Rahmen der Beweiswürdigung zu prüfen, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung getragen wurde (BGE 144 V 50 E.4.3).

## **E. 6.2**

In den folgenden Erwägungen ist das psychiatrische Gutachten vom

### **E. 6.2.1**

Zu den gestellten Diagnosen hielt Med. pract. G.\_\_\_\_\_ fest, dass die Beschwerdeführerin insgesamt betrachtet die Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4) erfülle, wobei die Schmerzproblematik gemäss eigenen Angaben der Beschwerdeführerin das Hauptproblem sei und war. Dies ist gemäss Med. pract. G.\_\_\_\_\_ aus gutachterlich-psychiatrischer Sicht gut nachvollziehbar, zumal die Inanspruchnahme von expliziten medizinischen Massnahmen (bezüglich somatischen Beschwerden) einschliesslich einer medikamentösen Schmerzbehandlung recht beträchtlich sei. Andererseits bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Leidensdruck und der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen durch die Beschwerdeführerin in Bezug auf die geschilderten körperlichen Beschwerden sowie der bisher geringen Inanspruchnahme von explizit psychiatrisch-psychotherapeutischen Massnahmen. Erst ab Mitte Mai 2016 sei erstmalig eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erfolgt. Nach Darstellung der Beschwerdeführerin finde die derzeitige Behandlung etwa alle zwei Wochen statt und auch die psychopharmakologische Medikation sei minim, was gemäss Med. pract. G.\_\_\_\_\_ nicht mit der im Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ vom 30. Dezember 2016 (Bg-act. 104) diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung, dazumal schwere Episode, vereinbar sei (siehe Bg-act. 126 S. 27 f.). Med. pract. G.\_\_\_\_\_ stellte im Zusammenhang mit der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auch emotionale Konflikte und psychosoziale Belastungen fest und erachtete die insbesondere von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ im rheumatologischen Gutachten vom 9. Dezember 2016 (Posteingang; siehe Bg-act. 101) erwähnte Fibromyalgie am ehesten als mit der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung vereinbar. Ferner attestierte Med. pract. G.\_\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Exploration eine sehr leichte depressive Symptomatik mit einer etwas verminderten

- 30 - Stimmungslage, ohne aber weitere depressive Symptome im Bereich des Antriebs, des Denkens, der Kognition oder des Selbsterlebens feststellen zu können (siehe Bg-act. 126 S. 26 f.). Die depressiv anmutende Symptomatik sei bei Betrachtung des Längsschnittverlaufes seit 2015 sowie dem Aggravationseindruck am ehesten mit einer Dysthymia (ICD-10 F 34.1) mit sehr leichten bis leichten depressiven Beschwerden und Symptomen zu beschreiben und es sei von einer gewissen Chronifizierungstendenz auszugehen. Die Diagnose einer Dysthymia sei auch gut mit der seit längerer Zeit zu eruiierenden neurotischen Problematik zu vereinbaren. Die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung nach ICD-10 schloss Med. pract. G. \_\_\_\_\_ aus, denn es liessen sich im Längsschnittverlauf keine klar abgrenzbaren depressiven Episoden eruieren. Die seit ca. ein bis zwei Jahren zu eruiierende depressive Symptomatik sei unter Berücksichtigung der Anamnese, der Aktenklage und in einer Gesamtschau als sehr leicht bis leicht ausgeprägt einzustufen. Weitere psychiatrische Erkrankungen schloss Med. pract. G. \_\_\_\_\_ aus (siehe Bg-act. 126 S. 26 ff.). Auffallend sei ferner, dass der Beginn der gesundheitlichen Beeinträchtigung von der Beschwerdeführerin auf ein Schmerzereignis am Arbeitsplatz im Dezember 2012 zurückgeführt werde, bei dem es sich gemäss Beschwerdeführerin um einen Arbeitsunfall gehandelt habe, welcher aber nicht entsprechend gewürdigt bzw. entschädigt worden sei (Bg-act. 126 S. 26).

### **E. 6.2.2**

Zum Indikator "Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde" des Komplexes "Gesundheitsschädigung" in der ersten Kategorie "Funktioneller Schweregrad" lässt sich dem Gutachten G. \_\_\_\_\_ entnehmen, dass keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden konnten (Bg-act. 126 S. 33). Insofern verneinte sie auch entsprechende funktionelle Auswirkungen der medizinisch festgestellten Anspruchsgrundlagen. Im Gutachten G. \_\_\_\_\_ wird anlässlich der Untersuchung vom 12. Juni 2017 ein unauffälliger Psychostatus beschrieben (Bg-

- 31 - act. 126 S. 22 f.). Die von der Beschwerdeführerin beschriebenen expliziten psychischen Probleme wie insbesondere Konzentrationsschwierigkeiten, Vergesslichkeit, massive Schlafstörungen und sozialer Rückzug konnte Med. pract. G. \_\_\_\_\_ anlässlich der Exploration nicht verifizieren. Auf der Symptomebene konnte Med. pract. G. \_\_\_\_\_ lediglich eine leicht herabgesetzte Stimmungslage feststellen und erkannte weit über Verdeutlichungstendenzen der Beschwerden hinausgehende Aggravationstendenzen bei hohem sekundären Krankheitsgewinn (Bg-act. 126 S. 23). Die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten, psychisch bedingten Einschränkungen in der Lebensführung konnte Med. pract. G. \_\_\_\_\_ im Rahmen der sozialen Anamnese ebenfalls nicht nachvollziehen, zumal diese einerseits inkonsistent und nicht spontan präsentiert worden seien sowie mit dem erhobenen Psychostatus nicht vereinbar seien (siehe Bg-act. 126 S. 21 und 24 f.). Die von der Beschwerdeführerin geschilderte Müdigkeit infolge von Schlafstörungen und schlechtes Konzentrations- und Erinnerungsvermögen konnte Med. pract. G. \_\_\_\_\_ anlässlich der Untersuchung vom 12. Juni 2017 nicht feststellen. Med. pract. G. \_\_\_\_\_ erlebte die Beschwerdeführerin während der dreistündigen Exploration weder müde noch schläfrig, sondern munter, aktiv und initiativ. Ebenso wenig erschien sie hilflos, sondern im Gegenteil recht anspruchlich. Entgegen der geltend gemachten Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit sei die Beschwerdeführerin während der Exploration gut konzentriert gewesen und die umfangreichen und präzisen Angaben zur somatischen Krankheitsanamnese sowie zur sozialen Anamnese wiesen auf gute mnestiche Funktionen

hin (siehe Bg-act. 126 S. 22). Bezüglich Verdeutlichungs- und Aggravationstendenzen wurde insbesondere auch auf die Erkenntnis des EFL-Berichtes vom 12. September 2016 sowie die im neuropsychologischen Gutachten vom 18. Mai 2017 festgestellten Antwortverzerrungen hingewiesen. Bezüglich der von Dr. phil. E. \_\_\_\_\_ im neuropsychologischen Gutachten beschriebenen Methode zur

- 32 - Prüfung der Plausibilität stellte Med. pract. G. \_\_\_\_\_ fest, dass diese Methode auch bei der psychiatrischen Begutachtung zur Beurteilung von Aggravation und bewusstseinsnaher Verfälschungstendenzen angewendet werde. Med. pract. G. \_\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass sämtliche Kriterien (A - D) erfüllt seien, was aus gutachterlich-psychiatrischer Sicht auf deutliche Aggravation bei der Beschwerdeführerin schliessen lasse (Bg-act. 126 S. 28 f.). Anzumerken ist noch, dass im neuropsychologischen Gutachten vom 18. Mai 2017 die Kriterien A bis C durch Dr. phil. E. \_\_\_\_\_ als erfüllt betrachtet wurden und die Erfüllung des Kriteriums D durch einen Facharzt der Psychiatrie bzw. Neurologie zu bewerten sei (siehe dazu Bg-act. 122 S. 24 ff.).

### **E. 6.2.3**

Hinsichtlich des Indikators "Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz", ebenfalls aus dem Komplex "Gesundheitsschädigung", wies Med. pract. G. \_\_\_\_\_ auf eine bloss rudimentäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung seit Mitte 2016 hin, welche nicht mit der von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ attestierten, schwerwiegenderen psychiatrischen Diagnose in Einklang stehe. Infolge der schwierigen pharmakologischen Einstellung der Beschwerdeführerin hätte gemäss Med. pract. G. \_\_\_\_\_ auch dringend eine stationäre psychiatrische Behandlung erwogen werden müssen. Der psychisch bedingte Leidensdruck der Beschwerdeführerin war für Med. pract. G. \_\_\_\_\_ zweifelhaft (siehe Bg-act. 126 S. 27 f.). Therapeutische Optionen in psychiatrisch-psychotherapeutischer Hinsicht seien aktuell aus gutachterlich-psychiatrischer Sicht bei den festgestellten leichten psychischen Beschwerden nur optional zu empfehlen (siehe Bg-act. 126 S. 31).

### **E. 6.2.4**

Zum Indikator "Komorbiditäten" aus dem Komplex "Gesundheitsschädigung" lässt sich dem Gutachten G. \_\_\_\_\_ entnehmen, dass neben der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4), infolge der depressiv anmutenden Symptomatik eine Dysthymia (ICD-10 F 34.1) mit sehr

- 33 - leichten bis leichten depressiven Beschwerden und Symptomen diagnostiziert wurde. Bei der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung liessen sich unter Berücksichtigung der EFL und der vorliegenden sehr leichten psychiatrischen Komorbidität keine psychisch bedingten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit feststellen (siehe Bg-act. 126 S. 26 und 29 f.). Ferner würdigte Med. pract. G. \_\_\_\_\_ auch die insbesondere im rheumatologischen Gutachten vom 9. Dezember 2016 (Posteingang) festgehaltene Diagnose Fibromyalgie und schloss daraus am ehesten auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Med. pract. G. \_\_\_\_\_ standen für ihr psychiatrisches Gutachten auch umfangreiche medizinische Unterlagen bezüglich der somatischen bzw. insbesondere rheumatischen Beschwerden zur Verfügung und die Schmerzproblematik bildete auch Thema der Befunderhebung vom 12. Juni 2017 (siehe Bg-act. 126 S. 4 ff., 21, 23, 25, und 27). Nicht ausser Acht zu lassen ist auch die Einschätzung von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ im rheumatologischen Gutachten vom 9. Dezember 2016 (Posteingang), wonach er insbesondere eine fachpsychiatrische Begutachtung für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

der Beschwerdeführerin für angezeigt hielt (siehe Bg-act. 101 S. 16). Diesem Hinweis folgte die Beschwerdegegnerin, indem sie auch zur Prüfung allfälliger Komorbiditäten das Gutachten G.\_\_\_\_\_ einholte.

### **E. 6.2.5**

Der Komplex "Persönlichkeit" aus der ersten Kategorie "Funktioneller Schweregrad" bezieht sich auf Persönlichkeitsentwicklung und -struktur bzw. auf grundlegende psychische Funktionen (BGE 141 V 281 E.4.3.2. m.H.a. MARELLI, Nicht können oder nicht wollen?, in: SZS 2007, S. 332 ff.). Med. pract. G.\_\_\_\_\_ beschrieb aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin unauffällige Kinder- und Jugendjahre ohne Verlusterlebnis, schmerzliche oder traumatische Ereignisse. In der Herkunftsfamilie liessen sich keine psychischen Krankheiten eruieren. Ab Mitte der 90er Jahre habe die Beschwerdeführerin hingegen von mehreren schmerzlichen Erfahrungen hinsichtlich Verlusten im näheren Familienumfeld berichtet (siehe Bg-

- 34 - act. 126 S. 23 f.). Ferner eruierte Med. pract. G.\_\_\_\_\_ emotionale Konflikte bei der Beschwerdeführerin, insbesondere einen inneren Konflikt um Anpassung vs. Kontrolle und um Versorgung vs. Autarkie. Die Beschwerdeführerin verfüge über gute Ressourcen im Form von guten kognitiven Fähigkeiten einschliesslich guter Konzentration, Aufmerksamkeit und Auffassung, eine gute Gedächtnisleistung, eine gute Lernfähigkeit, eine gute Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit, kreative Fähigkeiten sowie auch eine gute Ausdauer und ein gutes Durchhaltevermögen. Das Vorliegen einer persönlichkeitsstrukturellen Vulnerabilität verneinte Med. pract. G.\_\_\_\_\_ (siehe Bg-act. 126 S. 23, 26 und 30).

### **E. 6.2.6**

Hinsichtlich dem Komplex "Sozialer Kontext", ebenfalls aus der ersten Kategorie "Funktioneller Schweregrad" lässt sich dem Gutachten G.\_\_\_\_\_ entnehmen, dass die Beschwerdeführerin zwar von einem sozialen Rückzug berichtete, aber über nicht wenige soziale Kontakte verfüge (siehe Bg-act. 126 S. 22, 24 und 25 f.). So erwähnte die Beschwerdeführerin neben einer intakten Familienstruktur auch weitere soziale Kontakte (siehe Bg-act. 126 S. 15). Zudem erkannte Med. pract. G.\_\_\_\_\_ auch invaliditätsfremde bzw. psychosoziale und soziokulturelle Faktoren. Insbesondere einen Migrationshintergrund, das Fehlen eines erlernten Berufes und Ausübung einer angelernten Tätigkeit bei ursprünglichem Wunsch nach einem (universitären) Studium, Konflikte am Arbeitsplatz, den Wunsch nach einer Entschädigung nach einem – aus subjektiver Sicht der Beschwerdeführerin – "Arbeitsunfall" im Dezember 2012, die zwischenzeitliche Dekonditionierung nach langer Phase ohne berufliche Tätigkeit sowie erschwerte Bedingungen auf dem freien Arbeitsmarkt infolge des fortgeschrittenen Alters (siehe Bg-act. 126 S. 32).

### **E. 6.2.7**

Bezüglich der beweisrechtlich wichtigen Kategorie "Konsistenz" wird im Gutachten G.\_\_\_\_\_ bezüglich des Indikators "Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen"

- 35 - ebenfalls auf die Diskrepanzen hinsichtlich des von der Beschwerdeführerin geschilderten sozialen Rückzuges hingewiesen, weil anlässlich der Exploration vom 12. Juni 2017 nicht wenige soziale Kontakte genannt wurden. Neben denjenigen zur Familie

wurde auch über Besuche von einem (erweiterten) Freundeskreis berichtet. Den im Jahre 2014 erworbenen Führerschein hat die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben nur einige Male genutzt und das Autofahren inzwischen wegen eines Zitterns in einem Bein beim Fahren wieder aufgegeben (siehe Bg-act. 126 S. 15, 22, 24 und 25 f.). Nach den Angaben der Beschwerdeführerin habe sie bisherige Freizeitaktivitäten infolge der Schmerzen zumindest teilweise aufgeben müssen und gehe jeweils noch, insbesondere auf äussere Motivation hin, etwa eine halbe Stunde spazieren (siehe Bg-act. 126 S. 15 und 17).

### **E. 6.2.8**

Zum Indikator "Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck" der Kategorie "Konsistenz" wies Med. pract. G. \_\_\_\_\_ im Gutachten vom 13. Juli 2017 insbesondere auf deutliche Diskrepanzen zwischen dem Leidensdruck der Explorandin in Bezug auf die körperlichen Beschwerden und der daraus resultierenden umfangreichen Inanspruchnahme von explizit medizinischen Massnahmen einerseits und andererseits der bisher geringen Inanspruchnahme von explizit psychiatrisch-psychotherapeutischen Massnahmen hin (Bg-act. 126 S. 27; vgl. dazu auch BGE 141 V 281 E.4.4.2). Und dies trotz der subjektiv als erheblich geschilderten psychischen Beschwerden. Zweifel an einem ausgewiesenen psychischen Leidensdruck erweckte bei Med. pract. G. \_\_\_\_\_ auch der Umstand, dass die Beschwerdeführerin vom Absetzen verschiedener Psychopharmaka infolge Nebenwirkungen berichtete, wohingegen Nebenwirkungen von Schmerzpräparaten gemäss eigenen Angaben der Beschwerdeführerin in Kauf genommen wurden (siehe Bg-act. 126 S. 27). Die im Zeitpunkt des Gutachtens durch Dr. med. I. \_\_\_\_\_ gewährleistete ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung entspreche, betreffend des Therapieintervalls und der Medikation, nicht den einschlägigen Richtli-

- 36 - nien der Fachgesellschaften für die von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ noch im Bericht vom 30. Dezember 2016 diagnostizierte rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F 33.2). In einem solchen Falle wäre eine hochfrequente ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und eine intensive psychopharmakologische Behandlung notwendig, wobei – insbesondere im Fall von Schwierigkeiten bei der psychopharmakologischen Einstellung – eine stationäre psychiatrische Behandlung dringend erwogen werden müsste. Dies bewertete Med. pract. G. \_\_\_\_\_ in dem Sinne, als dass die von der behandelnden Psychiaterin bei der Beschwerdeführerin beschriebene depressive Symptomatik doch nicht als so schwerwiegend betrachtet wurde, um eine entsprechende Behandlung einzuleiten (siehe Bg-act. 126 S. 28).

### **E. 6.3**

Aufgrund der Ausführungen in den vorstehenden Erwägungen 6.2 – 6.2.8 verfährt der Einwand der Beschwerdeführerin nicht, wonach die Abklärungsergebnisse der Beschwerdegegnerin nicht in Übereinstimmung mit dem Indikatorenkatalog gemäss BGE 141 V 281 hinsichtlich der funktionellen Auswirkungen der gesundheitlichen Probleme erfolgt seien. Insbesondere wurde von Med. pract. G. \_\_\_\_\_ schlüssig, nachvollziehbar und widerspruchsfrei auf vielfältige Verdeutlichungs- und Aggravationstendenzen hingewiesen. Diese finden ihre Stütze neben den eigenen Explorationsergebnissen von Med. pract. G. \_\_\_\_\_ auch im EFL-Bericht vom 12. September 2016 sowie dem neuropsychologischen Gutachten vom 18. Mai 2017. Insofern trifft auch der

beschwerdeführerische Einwand nicht zu, dass im psychiatrischen und rheumatologischen Gutachten nur Hinweise auf die im EFL-Bericht vom 12. September 2016 behaupteten und (dort) wiedergegebenen (Symptom-)Ausweitungen gemacht worden seien. Im Gegenteil stellte Med. pract. G. \_\_\_\_\_ anlässlich ihrer Exploration vom 12. Juni 2017 Inkonsistenzen bzw. unplausibles Verhalten auch selbst fest (siehe Bg-act. 126 21 f.). Ausserdem kam auch Dr. phil. E. \_\_\_\_\_ anlässlich der neu-

- 37 - ropsychologischen Testungen vom 21. April 2017, 5. Mai 2017 und 12. Mai 2017 zum Schluss, dass infolge einer Antwortverzerrung nicht auf die testologisch erhobenen Daten abgestützt werden könne, um auf das tatsächliche Mass der neurokognitiven Funktionstüchtigkeit zu schliessen. Infolge der Indizien auf eine Antwortverzerrung wurde auf eine Diskussion der erzielten neuropsychologischen Ergebnisse hinsichtlich der Beurteilung und Einordnung der Beschwerden und Befunde verzichtet (siehe Bg-act. 122 S. 26). Wenn die Beschwerdeführerin die Uneinheitlichkeit der verwendeten Begrifflichkeiten kritisiert und somit die von Med. pract. G. \_\_\_\_\_ zur Stützung ihrer Einschätzung bezüglich Aggravationstendenzen herangezogenen, vorstehend erwähnten medizinischen Abklärungsergebnisse hinsichtlich deren Aussagen zu Verdeutlichungs- und Aggravationstendenzen gemäss bundesgerichtlicher Terminologie in Frage stellen will, ist darauf hinzuweisen, dass trotz unterschiedlicher Begrifflichkeiten in der psychiatrischen Begutachtung, der EFL sowie der neuropsychologischen Testungen im Ergebnis immer auf Inkonsistenzen bzw. mangelhafte Plausibilität beim gezeigten Verhalten bei der Beschwerdeführerin hingewiesen werden sollte. Dies ergibt sich ohne Zweifel in einer Gesamtsicht des Gutachtens G. \_\_\_\_\_, dem EFL-Bericht vom 12. September 2016 sowie dem neuropsychologischen Gutachten vom 18. Mai 2017 (vgl. dazu Bg-act. 99 S. 5, 12 ff. und 19; 122 S. 9, 14, 24 und 26; 126 S. 23 und 28 f.). Zudem ist der im neuropsychologischen Gutachten vom 18. Mai 2017 verwendete Begriff der Antwortverzerrung in der Neuropsychologie durchaus üblich (vgl. KOOL/MEICHTRY/SCHAFFERT/RÜESCH, Der Einsatz von Beschwerdevalidierungstests in der IV-Abklärung, in: Schriftenreihe des BSV "Beiträge zur Sozialen Sicherheit", Bern 2008, S. 22 ff.). Nichts anderes gilt für den Begriff der Symptomausweitung im Rahmen einer EFL (vgl. dazu etwa die Leitlinien für die rheumatologische Begutachtung der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie vom Juli 2016, abrufbar unter:

<https://www.rheuma-net.ch/images/pdf/DEUTSCH/Leitlinien-fr-die-rheumatologische-Begutachtung-12-2016.pdf> oder die Leitlinien für die orthopä-

- 38 - dische Begutachtung von swiss orthopaedics, abrufbar unter:

[http://www.swissorthopaedics.ch/images/content/Empfehlungen/Begutachtung\\_2\\_2017/D-LeitlinienGutachten-2.2017.pdf](http://www.swissorthopaedics.ch/images/content/Empfehlungen/Begutachtung_2_2017/D-LeitlinienGutachten-2.2017.pdf), beide zuletzt besucht: am 4. Februar 2019). Inwiefern sich aus dem Umstand, dass die rheumatologische Untersuchung am 16. November 2016 und die psychiatrische Untersuchung am 12. Juni 2017 eine mangelhafte Konsistenz der entsprechenden Gutachten ergeben soll, ist nicht ersichtlich. Denn aus den aktenkundigen medizinischen Berichten lassen sich keine Hinweise auf eine bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung eingetretene gesundheitliche Verschlechterung entnehmen. Ferner ist unzutreffend, dass sich insbesondere das psychiatrische Gutachten nicht mit dem Schweregrad der diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) auseinandergesetzt habe. Vielmehr hat Med. pract. G. \_\_\_\_\_ im Rahmen der in den vorstehenden Erwägungen 6.2 ff. dargestellten

Indikatorenprüfung die Schwere der funktionellen Auswirkungen der diagnostizierten psychischen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit detailliert bewertet. Ebenfalls unzutreffend ist, dass der Alltag der Beschwerdeführerin zu wenig berücksichtigt wurde. Sowohl Med. pract. G. \_\_\_\_\_ als auch Dr. med. D. \_\_\_\_\_ erhoben die berufliche und soziale Anamnese (vgl. Bg-act. 101 S. 9 f.; Bg-act. 126 S. 15 f.). Hinsichtlich der ebenfalls gerügten, unterlassenen Haushaltsabklärung ist auf die nachfolgenden Erwägungen 7 ff. zu verweisen.

#### **E. 6.4**

Im Ergebnis ist somit festzuhalten, dass sowohl das rheumatologische Gutachten vom 9. Dezember 2016 (Posteingang) als auch das psychiatrische Gutachten vom 13. Juli 2017 als voll beweiskräftig zu betrachten sind. Die von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ gestellten Diagnosen sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten, körperlich leichten und wechselbelastenden Tätigkeit im Umfang von 70 % eines Vollpensums sind aufgrund der vorliegenden Akten sowie der Ausführungen von Dr. med. D. \_\_\_\_\_, welche auf Basis einer umfassenden Erhebung erfolgten, schlüssig und nachvoll-

- 39 - ziehbar begründet. Andere fachärztliche Einschätzungen, welche eine abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht nahelegen würden, liegen nicht vor. Die vollständige Arbeitsunfähigkeit wurde denn auch im Dezember 2016 durch Dr. med. I. \_\_\_\_\_ überwiegend mit psychischen Beschwerden begründet (siehe Bg-act. 116 S. 1 f.; vgl. auch Bg-act. 104 S. 3 f.). Das psychiatrische Gutachten vom 13. Juli 2017 erfüllt ebenfalls die allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vgl. bereits vorstehende Erwägung 5.3). Zudem berücksichtigt Med. pract. G. \_\_\_\_\_ auch die für die Bewertung der funktionalen Auswirkungen einer psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung massgebenden Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 (vgl. vorstehende Erwägungen 6.2 ff.). Das Gericht kommt im Rahmen seiner Beweiswürdigung somit zum Schluss, dass das Gutachten G. \_\_\_\_\_ die funktionalen Auswirkungen der diagnostizierten psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen anhand der normativen Vorgaben schlüssig und widerspruchsfrei bewertet und begründet hat, soweit sie bei der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht keine Auswirkungen der Dysthymia (ICD-10 F 34.1) und der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4) auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und einer adaptierten Tätigkeit feststellen konnte (siehe Bg-act. 126 S. 30 f.). Insbesondere ist dabei auf die von Med. pract. G. \_\_\_\_\_ festgestellten, weit über ausgeprägte Verdeutlichungstendenzen hinausgehenden Aggravationstendenzen zu verweisen, welche gemäss BGE 141 V 281 E.2.2.1 f. m.H.a. BGE 140 V 193 E.3.3 bei hinreichender Ausprägung sogar einen Ausschlussgrund darstellen würden, zumindest aber in der Beurteilung der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen sind (vgl. BGE 144 V 50 E.5.2.1; siehe auch BGE 143 V 418 E.8.1 f. bezüglich der Vornahme einer Prüfung der funktionellen Auswirkungen anhand der einschlägigen Standardindikatoren bei ärztlich festgestellten Aggravationstendenzen). So wies Med. pract. G. \_\_\_\_\_ neben den eher allgemein und vage geschilder-

- 40 - ten psychischen Beschwerden auch auf fehlende Anzeichen bezüglich der geltend gemachten andauernden Müdigkeit und Konzentrationsstörungen während der Exploration hin (siehe Bg-act. 126 S. 21 f.). Ferner stellte die psychiatrische Gutachterin auch gute Ressourcen bei der Beschwerdeführerin fest, welche vom neuropsychologischen Gutachten vom 18. Mai 2017 infolge der mittels eines Plausibilitätstestungsverfahrens festgestellten Antwortverzerrungen nicht widerlegt werden (siehe Bg-act. 126 S. 29 f.).

Ferner wies Med. pract. G.\_\_\_\_\_ neben (weiter-)bestehenden, nicht unerheblichen sozialen Kontakten auch auf Zweifel hinsichtlich dem psychisch bedingten Leidensdruck infolge der nur auf sehr tiefem Niveau in Anspruch genommenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen hin, auch wenn von der Beschwerdeführerin mehrfach Nebenwirkungen der bisher verordneten psychopharmakologischen Behandlung vorgebracht wurden (siehe Bg-act. 126 S. 27 f.).

#### **E. 6.5**

An dieser Einschätzung vermag auch der erst nach Erlass der Verfügung der Beschwerdegegnerin zur Kenntnis gelangte Bericht vom 31. Oktober 2017 der behandelnden Psychiaterin Dr. med. I.\_\_\_\_\_ nichts zu ändern. Inwiefern für die Würdigung dieses (weiteren) medizinischen Berichtes, nach Darstellung der Beschwerdeführerin, zwingend eine fachärztliche Erörterung durch das Gericht einzuholen wäre, weil dem Verwaltungsgericht keine medizinische Expertise zukomme, kann nicht nachvollzogen werden. Denn wie auch die weiteren aktenkundigen Berichte, wie insbesondere das psychiatrische und das rheumatologische Administrativgutachten vom 13. Juli 2017 bzw. 9. Dezember 2016 (Posteingang), der EFL-Bericht vom 12. September 2016 oder das neuropsychologische Gutachten vom 18. Mai 2017, wäre der fachärztliche Bericht vom 31. Oktober 2017 ebenfalls unter den üblichen Gesichtspunkten zur Beurteilung des Beweiswertes eines ärztlichen Berichts im Kontext der weiteren, aktenkundigen medizinischen Unterlagen durch den Rechtsanwender zu prüfen. Die Beschwerdegegnerin nahm in ihrer Vernehmlassung vom 20. Dezember 2017

- 41 - zum erwähnten Bericht vom Dr. med. I.\_\_\_\_\_ Stellung (vgl. auch bereits vorstehende Erwägung 2.1). Die Beschwerdegegnerin führte aus, dass sich aus dem Bericht vom 31. Oktober 2017 keine Hinweise auf eine (zeitliche) Verschlechterung des (psychischen) Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ergäben. Es handle sich bei dieser Einschätzung von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ um eine andere Beurteilung des bereits am 12. Juni 2017 (Datum der Exploration bei Med. pract. G.\_\_\_\_\_) bestehenden Gesundheitszustandes, welcher das psychiatrische Gutachten von Med. pract. G.\_\_\_\_\_ vom 13. Juli 2017 nicht derart zu erschüttern vermöge, dass vom Administrativgutachten vom 13. Juli 2017 abzuweichen wäre. Die Beschwerdegegnerin hob die unterschiedlichen Betrachtungswinkel der behandelnden Psychiaterin Dr. med. I.\_\_\_\_\_ sowie der Administrativgutachterin Med. pract. G.\_\_\_\_\_ hervor und stellte die Notwendigkeit des Ausschlusses von IV-fremden Gegebenheiten bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit fest. Ferner wies die Beschwerdegegnerin zutreffend darauf hin, dass Dr. med. I.\_\_\_\_\_ eine Auseinandersetzung mit den Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 unterlassen habe und anscheinend zur Begründung der von ihr attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit auch fachfremde Diagnosen miteinbeziehe (siehe dazu Bg-act. 142 S. 3 mit Hinweis auf Bg-act. 104). Med. pract. G.\_\_\_\_\_ habe sich hingegen aus versicherungsmedizinischer und funktioneller Sicht zur verbleibenden Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zutreffend dahingehend geäußert, dass bei der Beschwerdeführerin aus psychischen Gründen noch nie eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit bzw. überhaupt je psychiatrische Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorlagen (siehe dazu Bg-act. 126 S. 30 f.). Im Ergebnis vermöge der Bericht vom 31. Oktober 2017 das psychiatrische Gutachten vom 13. Juli 2017, welches notabene auch mit dem (psychiatrischen) Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_\_ vom 8. Januar 2016 in Einklang stehe (siehe Bg-act. 59 und 61), nicht in Frage zu stellen. Die von der Beschwerdeführerin

angeführten Einwände überzeugen hinsichtlich der Auseinandersetzung von Med. pract. G.\_\_\_\_\_ in

- 42 - ihrem Gutachten vom 13. Juli 2017 mit den damals aktenkundigen medizinischen Berichten nicht. Med. pract. G.\_\_\_\_\_ äusserte sich umfassend zum Umstand, warum sie entgegen der Einschätzung von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung nach ICD-10 F 33.2 ausschliesse. So wurden insbesondere die von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ erwähnten und nicht näher belegten Hinweise in den Akten auf vorgängige, schwere depressive Episoden nachvollziehbar widerlegt und Dr. med. I.\_\_\_\_\_ scheint für den Beginn der depressiven Episoden auf die Angaben der Beschwerdeführerin abzustellen (Bg-act. 142 S. 2), was aber insbesondere im psychiatrischen Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_\_ keine hinreichende Stütze findet (siehe Bg-act. 59 und 61). Auch die mit Schwierigkeiten verbundene, vorgängige psychopharmakologische Behandlung und bereits früher aktenkundig festgehaltene Anzeichen für eine depressive Symptomatik behandelte Med. pract. G.\_\_\_\_\_ in ihrem Gutachten ausführlich (siehe Bg-act. 126 S. 26 ff.). Insbesondere würdigte Med. pract. G.\_\_\_\_\_ auch den Bericht vom 30. Dezember 2016 von Dr. med. I.\_\_\_\_\_, welcher hinsichtlich des zeitlichen Verlaufs der geltend gemachten depressiven Symptomatik weitgehend mit dem Bericht vom 31. Oktober 2017 übereinstimmt. Med. pract. G.\_\_\_\_\_ ordnete im Übrigen die im Zeitpunkt der Exploration festgestellten sehr leichten bis leichten depressiven Beschwerden einer Dysthymia (ICD-10 F 34.1) zu, womit eine depressive Symptomatik nicht unbeachtet gelassen wurde (siehe Bg-act. 126 S. 29). Schliesslich kann noch darauf hingewiesen werden, dass auch Dr. med. I.\_\_\_\_\_ von erheblichen sozialen Ressourcen bei der Beschwerdeführerin ausgeht und auch selbst festhält, dass die Beschwerdeführerin eine stationäre Behandlung hinsichtlich der depressiven Symptomatik abgelehnt habe, ohne dass Dr. med. I.\_\_\_\_\_ diesen Umstand mit einem psychiatrischen Krankheitsbild begründet hätte (siehe Bg-act. 142 S. 3).

## **E. 6.6**

Das Gericht kommt aufgrund der Würdigung der vorliegenden ärztlichen Berichte und unter Mitberücksichtigung der RAD-Abschlussbeurteilung von

- 43 - RAD-Arzt H.\_\_\_\_\_ vom 6. September 2017 (siehe Bg-act. 140 S. 19 f.) zum Schluss, dass sowohl auf die Arbeitsfähigkeitseinschätzung von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ aus rheumatologischer Sicht als auch auf jene von Med. pract. G.\_\_\_\_\_ aus psychiatrischer Sicht abzustellen ist und die beschwerdeführerischen Einwände sowie auch die weiteren aktenkundigen medizinischen Berichte die Schlüssigkeit und Nachvollziehbarkeit der beiden Administrativgutachten nicht hinreichend zu erschüttern vermögen. Damit ist von einer Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit im Umfang von 70 % eines Vollzeitpensums auszugehen. Qualitative Einschränkungen bestehen aus somatischer Sicht hinsichtlich rein sitzenden und rein stehenden Tätigkeiten, insbesondere auch vornübergebeugtem Arbeiten und es bestehen Gewichtsbeschränkungen für das repetitive (5 kg) und einzelfallweise (15 kg) Heben von Lasten (Bg-act. 101 S. 15 f.). Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aus psychischer Sicht bestehen nicht (Bg-act. 126 S. 30 f.) 7. Soweit die Beschwerdeführerin weiter vorbringt, dass im vorliegenden Fall zwingend eine Haushaltsabklärung hätte erfolgen müssen, ändert dies, wie nachstehend noch zu zeigen sein wird, nichts am Ergebnis, wonach bei der Beschwerdeführerin kein rentenbegründender Invaliditätsgrad besteht. Dies auch wenn der Beschwerdeführerin grundsätzlich zuzustimmen ist, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung die für die Bestimmung des Invaliditätsgrades zu eruiierende Einschränkung in einem anerkannten

Aufgabenbereich im Sinne von Art. 7 Abs. 2 IVG bzw. die konkreten Auswirkungen eines Gesundheitsschadens im nichterwerblichen Bereich grundsätzlich durch eine Abklärung vor Ort gemäss Art. 69 Abs. 2 Satz 2 IVV festzustellen sind. Auf die Durchführung kann aber ausnahmsweise verzichtet werden. Auch wenn vorliegend grundsätzlich die konkreten Auswirkungen eines Gesundheitsschadens im nichterwerblichen Bereich für die (gleichzeitige) Bestimmung der gesundheitsbedingten Beeinträchtigung im Haushalt massgebend sind und prinzipiell nicht einfach auf die me-

- 44 - dizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit abgestellt werden kann, konnte die Beschwerdegegnerin unter Berücksichtigung des Erfordernisses einer unrealistisch hohen Einschränkung im zu 20 % gewichteten Haushaltsbereich davon absehen (vgl. nachstehende Erwägung 8.2). Zudem ist aufgrund der beweiskräftigen Administrativgutachten nur von somatisch bedingten Einschränkungen im quantitativen Umfang von 30 % für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne repetitives Heben von Lasten über 5 kg bzw. Einzellasten körperrah von über 15 kg auszugehen. Für die angestammte Tätigkeit mit überwiegend stehender Tätigkeit und unter Beachtung der genannten Gewichtslimiten schätzte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ die Arbeitsfähigkeit noch auf 40 % bis maximal 50 %. Dabei fällt noch ins Gewicht, dass die Beschwerdeführerin mit ihrer Familie zusammenlebt (siehe Bg-act. 126 S. 15) und von diesen im Sinne einer Schadenminderungspflicht eine Mithilfe im Haushalt einzufordern ist, wobei die beiden Kinder der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung bereits volljährig waren und im Haushaltsbereich grössere Freiheiten in der zeitlichen Gestaltung bestehen. Insofern erscheint unwahrscheinlich, dass im Haushalt eine höhere als im Ausmass von 60 % somatisch bedingte Einschränkung besteht (vgl. zum Ganzen Urteile des Bundesgerichts 9C\_295/2018 vom 26. Juli 2018 E.4.1 und 8C\_827/2011 vom 3. Februar 2012 E.4.2; BGE 133 V 504 E.4.2 m.H.a. BGE 130 V 97 E.3.3.3; BGE 134 V 9 E.7.2 und 7.3.1; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] I 12/05 vom 18. Mai 2005 E.2.4).

## **E. 7**

In der (freigestellten) Replik vom 11. Januar 2018 hielt die Beschwerdeführerin an den Ausführungen gemäss Beschwerde fest. Ergänzend wies die Beschwerdeführerin auf die neuere bundesgerichtliche Rechtsprechung gemäss BGE 143 V 409 und 143 V 418 hin, wonach grundsätzlich alle psychischen Leiden (inkl. depressiver Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur) dem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien. Schliesslich wurde noch die bundesgerichtliche Rechtsprechung bezüglich der Teilnahmerechte von Dritten bei der Begutachtung von versicherten Personen kritisiert und zumindest eine Bild- und Tonauf-

- 5 - zeichnung der Untersuchungen und Gespräche des Gutachters mit der versicherten Person gefordert.

## **E. 8**

In der Duplik vom 17. Januar 2018 hielt die Beschwerdegegnerin an ihren Anträgen fest und bekräftigte, dass das psychiatrische Gutachten durchaus die Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 berücksichtigt habe.

### **E. 8.1**

Die Beschwerdeführerin äussert keine Kritik an der Gewichtung des Erwerbs (80 %) und des Haushalts (20 %). Aufgrund der vorliegenden Akten ist diese Gewichtung durch die Beschwerdegegnerin auch nicht zu beanstanden, insbesondere da die

Betreuungsleistungen hinsichtlich den beiden, zwischenzeitlich erwachsenen Kindern immer mehr reduziert werden konnte (vgl. Bg-act. 126 S. 16). Die Beschwerdeführerin rügt hingegen, dass die Beschwerdegegnerin potenzielle Wechselwirkungen zwischen der

- 45 - als zumutbar erachteten (Rest-)Arbeitsfähigkeit im Erwerbsbereich sowie den Einschränkungen im Haushaltsbereich nicht berücksichtigt habe. Gemäss BGE 134 V 9 ist bezüglich der in den beiden Tätigkeitsbereichen Erwerb und Haushalt vorhandenen Belastungen deren unterschiedlichen Gegebenheiten Rechnung zu tragen. Die versicherte Person sei im Rahmen ihrer Schadensminderungspflicht gehalten, im Umfang ihrer noch vorhandenen Leistungsfähigkeit eine dem Leiden angepasste erwerbliche Tätigkeit auszuüben. Es ist also eine erwerbliche Tätigkeit zu wählen, in welcher sich die gesundheitliche Beschränkung minimal auswirke. Bezüglich der häuslichen Verrichtungen sei die Wahl des Tätigkeitsgebietes hingegen eingeschränkter. Andererseits bestünden in diesem Bereich grössere Freiheiten in der zeitlichen Gestaltung und Familienangehörigen sei eine gewisse Mithilfe zuzumuten. Eine gegenseitige Beeinflussung erscheine umso geringer, je komplementärer die Anforderungsprofile der beiden Tätigkeitsgebiete ausgestaltet seien. Die sich durch eine schlechte Vereinbarkeit der beiden Tätigkeitsbereiche ergebenden negativen gesundheitlichen Auswirkungen müssten offenkundig und unvermeidbar sein. Von einer vermeidbaren Wechselwirkung sei demgegenüber auszugehen, wenn durch eine zumutbare Wahl einer anderen Erwerbstätigkeit solche Wechselwirkungen ausgeschlossen werden können. Schliesslich seien Wechselwirkungen nur dann zu berücksichtigen, wenn sich aus den Akten ergebe, dass die Arzt- und (Haushalts-) Abklärungsberichte nicht bereits in Kenntnis der im jeweils anderen Aufgabenbereich vorhandenen Belastungssituation erstellt worden seien (siehe zum Ganzen BGE 134 V 9 E.7.2 und 7.3.1 f.). Solche Wechselwirkungen in der Ausprägung von gesundheitlichen Auswirkungen vom Erwerbs- in den Haushaltsbereich können gemäss Bundesgericht nur angenommen werden, wenn die verbleibende Restarbeitsfähigkeit im erwerblichen Tätigkeitsgebiet voll ausgenützt wird. Zudem kann ein allfällig reduziertes Leistungsvermögen im erwerblichen Bereich infolge einer Beanspruchung im Haushalt nur für den Fall berücksichtigt werden, wo Betreuungspflichten, insbesondere gegenüber Kindern,

- 46 - bestehen (BGE 134 V 9 E.7.3.3 f.). Allfällige Wechselwirkungen sind stets vom anteilmässig bedeutenderen zum weniger bedeutenderen Bereich zu berücksichtigen und der ungewichtete Maximalsatz für eine solche Berücksichtigung von Wechselwirkungen legte das Bundesgericht auf 15 % fest (BGE 134 V 9 E.7.3.5 f.).

## **E. 8.2**

Vorliegend ging Dr. med. D.\_\_\_\_\_ im rheumatologischen Gutachten vom 9. Dezember 2016 (Posteingang) selbst in der angestammten Tätigkeit und unter Berücksichtigung von gewissen Gewichtslimiten für repetitives Heben bzw. Heben von Einzellasten (vgl. bereits vorstehende Erwägungen 5.1 und 7) von einer Arbeitsfähigkeit von 40 % bis maximal 50 % aus. In einer adaptierten Tätigkeit bemass er die Arbeitsfähigkeit auf 70 %. Für die Invaliditätsbemessung ging die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 2. November 2017 von einem Valideneinkommen für das Jahr 2017 von Fr. 48'138.50 aus, welches sie auf Basis des zuletzt verdienten Monatslohnes (80 % Pensum), angepasst an die

(geschätzte) Nominallohnentwicklung von 2015 bis 2017, ermittelte (vgl. Bg-act. 50 S. 2 f. und Bg-act. 130 S. 1). Das Invalideneinkommen ermittelte sie auf Basis der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik für das Jahr 2014 (LSE 2014), Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Total, weiblich, angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 h/Woche sowie die (geschätzte) Nominallohnentwicklung von 2014 bis 2017 bezüglich der verwertbaren Restarbeitsfähigkeit von 70 % in einer adaptierten Tätigkeit gemäss rheumatologischem Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2016 (Posteingang). Daraus resultierte ein Invalideneinkommen von Fr. 38'553.10 und somit ein Invaliditätsgrad im Erwerbsbereich von 20 % bzw. gewichtet im Verhältnis 80/20 % (Erwerb/Haushalt) von 16 %. Im Haushaltsbereich ging die Beschwerdegegnerin auf Basis der Einschränkung im Erwerbsbereich in einer adaptierten Tätigkeit ebenfalls von einer Einschränkung von 30 %, gewichtet 6 %, aus. Daraus resultierte, in Anwendung der dazumal gültigen Berechnungsweise für die gemischte

- 47 - Methode (vgl. dazu vorstehende Erwägung 2.3), ein rentenausschliessender Gesamtinvaliditätsgrad von 22 %. Die Beschwerdeführerin kritisiert die dieser Berechnung zugrunde gelegten Validen- und Invalideneinkommen nicht und entsprechende Mängel sind auch nicht ersichtlich. Einzig das Abstellen auf das Jahr 2017 für die Invaliditätsbemessung erschliesst sich dem Gericht mit Blick auf BGE 129 V 222 nicht ganz, weil die Beschwerdegegnerin von einer verwertbaren (adaptierten) Arbeitsfähigkeit von 70 % ab März 2016 ausgeht (siehe Bg-act. 139 S. 5) und im Jahre 2016 sowohl das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b und c IVG abgelaufen war als auch Art. 29 Abs. 1 IVG eingehalten war (siehe Bg-act. 140 S. 23). Infolge der von der Beschwerdegegnerin berücksichtigten, gleichen Nominallohnentwicklung 2016 bis 2017 beim Validen- und Invalideneinkommen (siehe Bg-act. 139 S. 2 und Bg-act. 130 S. 1), änderte sich aber auch beim Abstellen auf das Jahr 2016 nichts an dem nachfolgend dargelegten Ergebnis. Wenn sich die Beschwerdegegnerin also auf den Standpunkt stellt, dass sie für die Einschränkung im Haushalt ebenfalls auf die Beurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit abstelle, weil sich auch bei einer höheren Einschränkung im Haushaltsbereich keine rentenrelevante Veränderung des Invaliditätsgrades ergeben könne, ist dies, wie die nachfolgende Berechnung zeigt, nicht zu beanstanden. Dazu ist noch anzumerken, dass sich bei einer hypothetischen Annahme einer 100%igen Einschränkung im Haushaltsbereich keine Wechselwirkung im Umfang von bis zu 15 % infolge der (ebenfalls) als zumutbar erachteten Erwerbstätigkeit im Umfang von 70 % (Gewichtung von 80 %) auf die anteilmässig kleinere Haushaltstätigkeit ergeben könnte, weil bereits eine vollständige Einschränkung im Haushaltsbereich bestünde. Der zuletzt verdiente Jahreslohn, angepasst an die (tatsächliche) Nominallohnentwicklung zwischen 2015 und 2017 von 0.7 und 0.4 %, ergibt ein Valideneinkommen für das Jahr 2017 von Fr. 47'710.40 (80 % Pensum). Unter Zugrundelegung derselben Parameter wie die Beschwerdegegnerin für die Berechnung des Invalideneinkommens im Jahre 2017 resultiert für die als

- 48 - zumutbar erachtete Restarbeitsfähigkeit von 70 % in einer adaptierten Tätigkeit ein Invalideneinkommen von Fr. 38'222.65 (LSE 2014, Kompetenzniveau 1, weiblich, angepasst an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 h/Woche und die Nominallohnentwicklung für den Zeitraum von 2014 bis 2017 [0.4 %, 0.7 %, 0.4 %]). Daraus resultiert wiederum eine Einschränkung im Erwerbsbereich von 20 % und gewichtet

von 16 %. Für einen rentenbegründenden Gesamtinvaliditätsgrad von mindestens 40 % (siehe Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG) müsste der Invaliditätsgrad im Haushaltsbereich mindestens 24 % betragen, was aber bei einer Gewichtung von 20 % eine über 100%ige Einschränkung im Haushaltsbereich erfordern würde, was rein hypothetisch ist und bleibt. Selbst bei Berücksichtigung der maximal möglichen Einschränkung von 100 % im Haushaltsbereich würde ein maximaler Gesamtinvaliditätsgrad von 36 % resultieren, welcher aber nicht zum Bezug einer Invalidenrente berechtigt. Insofern ändert sich vorliegend- denfalls trotz Verzichts auf eine Haushaltsabklärung nichts am Ergebnis.

## **E. 9**

Mit Schlussstellungnahme vom 22. Januar 2018 stellte sich die Beschwerdeführerin wiederum auf den Standpunkt, dass das psychiatrische Gutachten den Anforderungen an ein strukturiertes Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 nicht genüge und keine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung darstelle. Die Bezugnahme auf die Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 erfolge nur pro forma, indem auf S. 32 bis 36 des psychiatrischen Gutachtens bloss auf entsprechende Äusserungen im Gutachten verwiesen werde. Auf die weiteren Vorbringen der Parteien in den Rechtsschriften, die angefochtene Verfügung vom 2. November 2017 sowie die vorliegenden Akten, wird, sofern erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Graubünden vom 2. November 2017, in welcher ein Invalidenrentenanspruch der Beschwerdeführerin verneint wurde. Eine solche Anordnung, die laut Bundesrecht der Beschwerde an das Versicherungsgericht am Ort der verfügenden IV-Stelle unterliegt, kann beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden als örtlich und sachlich zuständigem Versicherungsgericht angefochten werden (vgl. Art. 49 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRG; BR 370.100] i.V.m. Art. 69

- 6 - Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20] sowie Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Als formelle und materielle Verfügungsadressatin ist die Beschwerdeführerin von der angefochtenen Verfügung überdies unmittelbar betroffen und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung. Sie ist daher zur Beschwerdehebung legitimiert (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 59 ATSG). Die Beschwerde wurde zudem frist- und formgerecht eingereicht (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 60 Abs. 1 und 2 ATSG, Art. 39 Abs. 1 ATSG sowie Art. 61 lit. b ATSG). Auf die Beschwerde ist somit einzutreten. 2. Vorgängig ist auf einige Rügen der Beschwerdeführerin am vorinstanzlichen Verfahren sowie solche grundsätzlicher Art einzugehen. Dabei ist zu beachten, dass ein Invalidenrentenanspruch ab dem 1. März 2016 strittig und zu prüfen ist. Dabei ist der Sachverhalt massgebend, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. November 2017 verwirklichte (vgl. BGE 144 I 28 E.2.3, 132 V 215 E.3.1.1, 129 V 1 E.1.2). Nach allgemein gültigen intertemporalrechtlichen Grundsätzen sind zur Beurteilung der Rechtsfolgen eines Ereignisses grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, welche zum Zeitpunkt der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (siehe BGE 138 V 475 E.3.1, 132 V 215 E.3.1.1.). 2.1. Die Nichtberücksichtigung des Berichtes der behandelnden Psychiaterin, Dr. med. I. \_\_\_\_\_, vom 31. Oktober 2017 durch die Beschwerdegegnerin, taxiert die Beschwerdeführerin als rechtsverweigerndes Verhalten. Wie die Beschwerdegegnerin in ihrer Vernehmlassung vom 20. Dezember 2017 hingegen zutreffend ausführt, erweist sich diese Rüge als unbegründet.

Denn nach Zustellung des Vorbescheides vom 11. September 2017 (beschwerdegegnerische Akten [Bg-act.] 129) an die damals noch nicht anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin, wogegen gemäss Art. 73ter der

- 7 - Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) innert 30 Tagen Einwände vorgebracht werden können, erhob die Beschwerdeführerin am 25. September 2017 (vorsorglich) Einwand (Bg-act. 132) und ersuchte um eine sehr grosszügige Fristerstreckung bis Mitte November 2017, um medizinische Gutachten ihrer behandelnden Ärzte vorzulegen, welche ihr am 26. September 2017 gewährt wurde (Bg-act. 133). Dies nachdem die Beschwerdeführerin am 15. September 2017 bereits telefonisch Akteneinsicht verlangt hatte und ihr diese gleichentags ebenfalls gewährt wurde (Bg-act. 131). Am 17. Oktober 2017 wandte sich der am 16. Oktober 2017 mandatierte Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin an die Beschwerdegegnerin und verlangte noch (medizinische) Unterlagen in Papierform (Bg-act. 134 f.). Dabei stellte er in Aussicht, sich bis spätestens bis zum Ende der erstreckten Einwandfrist vernehmen zu lassen. Der begründete Einwand ging am 27. Oktober 2017 bei der Beschwerdegegnerin ein (Bg-act. 137). Darin wurden weder neue, eigene medizinische Berichte erwähnt, noch ein Vorbehalt bezüglich der Nachreichung von solchen Berichten angebracht. Der fragliche Bericht von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ ging am 3. November 2017 bei der Beschwerdegegnerin ein. Die angefochtene Verfügung vom 2. November 2017 wurde aber bereits gleichentags zur Zustellung an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin der Post übergeben (beschwerdeführerische Akten [Bf-act.] 1 S. 9). Mangels entsprechender Anhaltspunkte im begründeten Einwand vom 26. Oktober 2017 sowie der Ankündigung im Schreiben vom 17. Oktober 2017, wonach sich der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin nach Erhalt der in Papierform angeforderten Unterlagen zum Vorbescheid vernehmen lassen werde, ist vorliegend nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin, unter Berücksichtigung der Stellungnahme des Rechtsdienstes vom 1. November 2017 zu den Einwänden der Beschwerdeführerin, das Verwaltungsverfahren am 2. November 2017 mit Verfügung abschloss. Vor diesem Hintergrund kann weder von einer Rechtsverweigerung noch der Verletzung

- 8 - des rechtlichen Gehörs durch die Beschwerdegegnerin gesprochen werden. 2.2. Im vorliegenden Fall geht es um die erstmalige Rentenzusprache an eine versicherte Person, deren Kinder bereits 1993 und 1998 geboren wurden und somit im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns bzw. dem angefochtenen Entscheid 22 und 17 Jahre bzw. 24 und 18 Jahre alt waren. Bereits vor dem Zeitpunkt der Neuanmeldung vom 30. September 2015 war die Beschwerdeführerin in einem 80 %-Pensum tätig, welches per Mitte 2014 von ursprünglich 40 % auf 80 % erhöht wurde (vgl. Bg-act. 36 S. 1, 39 S. 4, 50 S. 3). Eine "Di Trizio"-ähnliche Ausgangslage liegt aber nur vor, soweit bei einer Rentenrevision oder einer erstmaligen Rentenzusprache mit gleichzeitiger Abstufung oder Befristung der Rente kumulativ ein familiär bedingter Grund wie die (neue) Betreuungspflicht gegenüber minderjährigen Kindern zur Reduktion des Arbeitspensums bzw. der Arbeitszeit führt (vgl. FLEISCHANDERL, Anwendung der sog. gemischten Invaliditätsbemessungsmethode nach dem Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte [EGMR] Nr. 7186/09 vom 2. Februar 2016 in Sachen Di Trizio gegen die Schweiz, in: SZS 62/2018, S. 513 f.; IV-Rundschreiben Nr. 355 des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] vom 31. Oktober 2016, aktualisiert per 26. Mai 2017, aufgehoben durch IV-Rundschreiben Nr. 372 vom 9. Januar 2018 per 1. Januar 2018, S. 2;

siehe auch BGE 143 I 50 E.4.1 ff. und Urteil des Bundesgerichts 9C\_525/2016 vom 15. März 2017 E.4.2.1 f.). Insofern betrifft es also Konstellationen wie einen (rein) familiär bedingten Statuswechsel von vollerwerbstätig zu teilerwerbstätig (mit Aufgabenbereich) oder von nichterwerbstätig zu teilerwerbstätig (mit Aufgabenbereich), der zu einem Verlust oder der Herabsetzung der unter dem vormaligen Status zugesprochenen bzw. zuzusprechenden Rente führt (vgl. BGE 143 I 50 E. 4.1 f., 143 I 60 E. 3.4 ff.; Urteil des Bundesgerichts 9C\_752/2016 vom 6. September 2017 E.4.3 ff.). Nicht in den Anwendungsbereich dieser spezifischen Rechtsprechung fallen hin-

- 9 - gegen insbesondere erstmalige Rentenzusprachen an eine während des ganzen massgebenden Beurteilungszeitraumes als teilzeiterwerbstätig mit Aufgabenbereich zu qualifizierende versicherte Person (BGE 143 I 50 E.4.4 m.H.a. Urteil des Bundesgerichts 8C\_633/2016 vom 12. Februar 2016 E.4.3; siehe auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_145/2018 vom 8. August 2018 E.6.1). Insofern ist nicht ersichtlich, inwiefern die Beschwerdegegnerin zu Unrecht die gemischte Methode (gemäss der bis zum 31. Dezember 2017 gültigen Praxis) mit einer Gewichtung der Erwerbstätigkeit von 80 % angewandt haben soll (vgl. dazu auch nachstehende Erwägung 2.3). 2.3. Soweit die Beschwerdeführerin unter Anrufung der Schlussfolgerungen des Urteils Di Trizio des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte (EGMR) vom 2. Februar 2016 (Verfahren 7186/09) sinngemäss vorbringt, dass die Beschwerdegegnerin für die Berechnung des Invaliditätsgrades auf das Berechnungsmodell gemäss dem revidierten Art. 27bis IVV abzustellen hätte, verfängt dies nicht. Art. 27bis Abs. 2 - 4 IVV wurde per 1. Januar 2018 revidiert und sieht nun, in Anlehnung an die Regelung in der obligatorischen Unfallversicherung, für die Invaliditätsbemessung bezüglich des Anteils der Erwerbstätigkeit vor, dass das Valideneinkommen bezogen auf eine hypothetische Vollzeitstelle berechnet wird. Diese Berechnungsmethode steuert der vom EGMR bemängelten, überproportionalen Berücksichtigung der Teilzeitarbeit im Erwerbsbereich entgegen (vgl. den erläuternden Bericht zur Änderung der Verordnung vom 7. Januar 1961 über die Invalidenversicherung, Invaliditätsbemessung für teilerwerbstätige Versicherte [gemischte Methode]; abrufbar unter: <https://www.news.admin.ch/newsd/message/attachments/50607.pdf>, zuletzt besucht am: 4. Februar 2019). Die angefochtene Verfügung wurde aber vor Inkrafttreten der Änderung von Art. 27bis IVV am 1. Januar 2018 erlassen und auch die für einen allfälligen Rentenanspruch wesentlichen Umstände verwirklichten sich vor diesem Zeitpunkt. Dementsprechend käme infolge der bereits vor-

- 10 - stehend dargelegten intertemporalrechtlichen Grundsätze die Anwendung der neuen Invaliditätsbemessungsmethode nach Art. 27bis IVV bei Teilzeitarbeit ([neue] gemischte Methode) einer unzulässigen positiven Vorwirkung von noch nicht in Kraft stehendem Recht gleich (siehe Urteile des Bundesgerichts 8C\_197/2018 vom 25. September 2018 E.5.2, 8C\_145/2018 vom 8. August 2018 E.6.2, 9C\_219/2018 vom 8. August 2018 E.2 in fine, 8C\_21/2018 vom 25. Juni 2018 E.6). Ebenso fällt die Anwendung einer im Sinne des EGMR-Entscheides "Di Trizio" modifizierte Form der gemischten Methode für die Invaliditätsbemessung bei Teilzeitschäftigung vor Inkrafttreten des geänderten Art. 27bis IVV ausser Betracht, soweit keine vom Bundesgericht anerkannte "Di Trizio"-ähnliche Konstellation vorliegt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_553/2017 vom 18. Dezember 2017 E.4 ff.). Damit wandte die Beschwerdegegnerin die zutreffende Methode zur Bestimmung des Invaliditätsgrades der Beschwerdeführerin an. 2.4. Die

Beschwerdeführerin bemängelt in ihrer Eingabe vom 11. Januar 2018 die Abklärungen der Beschwerdegegnerin dahingehend, dass die Untersuchung und Befragung der Beschwerdeführerin alleine durch Med. pract. G.\_\_\_\_\_ erfolgt sei. Zugleich legt sie aber auch die bundesgerichtliche Rechtsprechung dar, wonach bei medizinischen Untersuchungen kein Anspruch auf eine Verbeiständung bestehe. Die Beschwerdeführerin kritisiert diese Rechtsprechung, weil die Explorandin dem medizinischen Gutachter vollständig ausgeliefert sei, wobei die von der Beschwerdegegnerin bezahlten Gutachter im Übrigen auch nicht hinreichend objektiv seien. Daraus leitet die Beschwerdeführerin für die Gewährleistung eines rechtsstaatlichen Grundsätzen genügenden Verfahrens ab, dass die Untersuchungen und Gespräche des medizinischen Gutachters mit der Explorandin zumindest vollständig auf Bild und Ton festzuhalten sind. Damit könnte auch eine diskriminierende Behandlung von juristisch nicht versierten Exploranden, welche nicht erkennen könnten, dass eine spezifische medizinische Untersu-

- 11 - chung nicht nach objektiven Kriterien erfolge, vermieden werden. Solche Vorkehrungen entsprächen auch der neueren, faireren Praxis betreffend eines strukturierten Beweisverfahrens. Wie die Beschwerdeführerin selber erkannt hat, besteht im Interesse einer objektiven, unbeeinflussten Untersuchung durch den medizinischen Experten kein Anspruch auf Verbeiständung (BGE 132 V 443 E.3 ff.). Für psychiatrische Begutachtungen hat das Bundesgericht im Übrigen auch entschieden, dass der Beizug von Familienangehörigen zur Übersetzung des Gespräches mit dem Sachverständigen unzulässig sei (BGE 140 V 260 E.3.3.1). Dies bedeutet aber im Übrigen nicht, dass die Anwesenheit von Begleitpersonen anlässlich einer solchen Untersuchung im Einverständnis mit dem Gutachter in gewissen Situationen nicht möglich erscheint (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_881/2015 vom 12. Januar 2015 E.2.1; siehe auch BGE 140 V 260 E.3.2.3 sowie Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, 3. Aufl., abrufbar unter: [www.psychiatrie.ch/sgpp](http://www.psychiatrie.ch/sgpp) > Fachleute und Kommissionen > Leitlinien, zuletzt besucht am: 4. Februar 2019). Der Hintergrund dieser Ausführungen der Beschwerdeführerin erschliesst sich dem Gericht nicht ganz. Sofern damit ein formeller Mangel bei der Beweiserhebung durch die Beschwerdegegnerin gerügt werden soll, erscheint dieser unberechtigt. Die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen des ATSG, der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV; SR 830.11), des IVG oder der IVV schreiben keine Bild- und Tonaufnahme oder Anwesenheit von Drittpersonen bei einer psychiatrischen Untersuchung im Hinblick auf ein Administrativgutachten vor. Entsprechendes lässt sich auch nicht zwingend aus der Pflicht zur Aktenführung gemäss Art. 46 ATSG ableiten (vgl. zum Umfang der Aktenführungspflicht: KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich 2015, Art. 46 Rz. 12 ff.) und im Übrigen sieht auch das Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen über das Verfahren der Invalidenversicherung

- 12 - (KSVI) keine entsprechende Verfahrenspflicht für die Beschwerdegegnerin vor, auch wenn eine Tonaufzeichnung mit Einwilligung der Exploranden anscheinend durch gewisse Gutachter vorgenommen wird (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_88/2018 vom 30. Mai 2018 E.4). Schliesslich behauptet die Beschwerdeführerin auch nicht substantiiert, dass Med. pract. G.\_\_\_\_\_ nicht geäusserte Aussagen der Beschwerdeführerin im psychiatrischen Gutachten vom 13. Juli 2017 festgehalten habe oder gemachte Ausführungen der Beschwerdeführerin sich nicht im Gutachten

widerspiegeln. Die geforderten Bild- und Tonaufnahmen könnten nämlich in erster Linie der nachträglichen, formellen (Qualitäts-)Prüfung einer solchen medizinischen Untersuchung dienen. Mangels entsprechender Verfahrenspflicht in den massgeblichen gesetzlichen Bestimmungen, Weisungen und anerkannten Begutachtungsstandards sowie auch unter Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zum Anspruch auf Begleitung bzw. Verbeiständung bei einer medizinischen Begutachtung führen die von der Beschwerdeführerin gezogenen Schlussfolgerungen nicht zu einem erheblichen Formfehler, welcher zur Aufhebung und Rückweisung des angefochtenen Entscheides führt (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_126/2016 vom 8. August 2016 E.5.5, wo es die Edition einer [durch den Gutachter erstellten] Tonbandaufnahme eines Begutachtungstermins als nicht entscheidend qualifiziert, weil nicht hinreichend dargelegt wurde, welchen Beweis diese Aufzeichnung liefern könnte). 3. Strittig sind ferner das Vorliegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Insofern ist nachfolgend zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht von einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad ausgegangen ist.

### **E. 9.1**

Aufgrund der vorstehenden Erwägungen kann somit festgehalten werden, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente verneint hat und die Beschwerde sich somit als unbegründet erweist, womit sie abzuweisen ist.

### **E. 9.2**

Nach Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren – in Abweichung von Art. 61 Abs. 1 lit. a ATSG – bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Aufgrund des Ausgangs des vorliegenden Verfahrens gehen die Gerichtskosten von Fr. 700.-- gestützt auf Art. 73 Abs. 1 VRG zulasten der Beschwerdeführerin. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat keinen Anspruch auf eine aussergerichtliche Entschädigung (Art. 61 lit. g ATSG e contrario).

- 49 - Demnach erkennt das Gericht:

### **E. 13**

Juli 2017 auf die in der vorstehenden Erwägung 6.1 erläuterten Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 sowie die gutachterlich hergeleiteten Diagnosen zu untersuchen. Soweit die Beschwerdeführerin kritisiert, dass diese Indikatorenprüfung nur pro forma am Schluss des Gutachtens mit Verweisen auf andere Stellen im Gutachten G.\_\_\_\_\_ durchgeführt worden sei, kann sie daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten. Entscheidend ist nämlich nur, dass sich die psychiatrische Gutachterin mit den relevanten Indikatoren auseinandergesetzt und im Hinblick auf die funktionellen Auswirkungen eines allfällig diagnostizierten Gesundheitsschadens bewertet hat. Ob nun auf bereits gemachte Ausführungen im Gutachten verwiesen

- 29 - wird, ist nur eine Frage der Lesbarkeit des Gutachtens und kann auch der Vermeidung von Wiederholungen dienen.

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