

NW_GERICHTE 32462 vom 6. März 2023

NW Gerichte, 2023-03-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/nw_gerichte_32462

FR: NW_GERICHTE 32462 du 6 mars 2023

IT: NW_GERICHTE 32462 del 6 marzo 2023

Regeste

Invalidenversicherung (SV 22 30)

Erwägungen

E. 1.1

Die Beschwerde richtet sich gegen die Verfügung der IV-Stelle Nidwalden vom 8. Juli 2022 (BF-Bel. 8). Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Die Beurteilung obliegt der Sozialversicherungsabteilung des Verwaltungsgerichts Nidwalden (Art. 57 ATSG [SR 830.1] i.V.m. Art. 39 Abs. 1 GerG [NG 261.1]), die in Dreierbesetzung entscheidet (Art. 33 Abs. 1 Ziff. 2 GerG). Die Beschwerdeführerin hat als Adressatin der angefochtenen Verfügung ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Auch die dreissigtägige Beschwerdefrist ist eingehalten (Art. 60 ATSG).

E. 1.2

Fraglich ist hingegen, ob die formalen Voraussetzungen an eine Beschwerde gemäss Art. 61 lit. b ATSG erfüllt sind. Danach muss die Beschwerde eine gedrängte Darstellung des Sachverhaltes, ein Rechtsbegehren und eine kurze Begründung enthalten, ansonsten sie zur Verbesserung zurückzuweisen ist. Die Anforderungen sind allerdings in Nachachtung des Gebots des einfachen Verfahrens gering. Dies gilt in besonderem Mass für Laienbeschwerden, bei welchen die Hürden tief angesetzt werden müssen (SUSANNE BOLLINGER, in: Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2019, N. 25 und 28 zu Art. 61 ATSG). Bei der Beurteilung, ob ein genügender Antrag vorliegt, darf das Gericht nicht nur auf die förmlichen Anträge abstellen, sondern muss prüfen beziehungsweise sogar danach forschen, ob sich das Begehren aus der Begründung ergibt. Mindestens aus der Begründung müssen sich die Begehren aber ergeben (BOLLINGER, a.a.O., N. 29 zu Art. 61 ATSG, unter Verweis auf die Urteile des BGer 4D_8/2013 vom 8. April 2013 E. 2.5 und 8C_309/2011 vom 31. Mai 2011 E. 1.2). Es genügt, wenn der Beschwerde insgesamt entnommen werden kann, worum es bei einem Rechtsstreit geht. Aus der Begründung muss hervorgehen, was die Beschwerdeführerin verlangt (namentlich, wenn sie keine hinreichenden, konkreten Anträge stellt) und auf welche Tatsachen sie sich beruft (BOLLINGER, a.a.O., N. 30 zu Art. 61 ATSG).

5■22 Die Beschwerdeführerin beantragt klar eine volle Invalidenrente. Sie erachtet sich als nicht arbeitsfähig und äussert ihr Unverständnis über die ärztliche bzw. gutachterliche Beurteilung sowie jene der IV-Stelle. Im Weiteren schildert sie ihre Einschränkungen und ihre Ohnmacht und Frustration ob der seit längeren Zeit stationären gesundheitlichen Situation. Die Beschwerde entspricht folglich, auch weil es sich um eine Laienbeschwerde

handelt, knapp den Anforderungen von Art. 61 lit. b ATSG. Auf die Beschwerde kann deshalb eingetreten werden.

E. 1.3

Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bilden die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens (vorliegend die Verfügung vom 8. Juli 2022) massgeblichen tatsächlichen Verhältnisse (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Später eingetretene Tatsachen sind insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheids zu beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1 mit Hinweisen). Soweit sich während des Verfahrens ein- bzw. nachgereichte Arztberichte zum Gesundheitszustand im Zeitpunkt des Verfügungserlasses äussern oder bereits bei den Akten liegende Berichte erläutern und ergänzen, sind auch diese Berichte in die Beurteilung einzubeziehen (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweisen). Ein Grossteil der mit der Beschwerde aufgelegten Arztberichte waren im Zeitpunkt der Begutachtung bereits aktenkundig (BF-Bel. B1 und B2 = IV-act. 24, S. 5, BF-Bel. B4 = IV-act. 291, S. 13, BF-Bel. B5 = IV-act. 291, S. 18). Die nach Erlass der Verfügung, mithin zwischen 14. Juli 2022 und 1. September 2022, ergangenen medizinischen Berichte (BF-Bel. 10) haben zumindest partiell einen Bezug zum Zeitraum vor Abschluss des Verwaltungsverfahrens. Inwiefern sie tatsächlich zur Feststellung des massgeblichen Sachverhaltes beizutragen vermögen, wird im Rahmen der Beweiswürdigung zu beurteilen sein.

E. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

6■22 Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1). Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c).

E. 2.2

Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt. Als Invalidität gemäss Art. 8 ATSG gilt die

voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 2.3.1

Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrads bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

7■22

E. 2.3.2

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektiven Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 2.3.3

Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

E. 2.3.4

Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des

streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt.

8■22 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung genügenden Gutachten externer Spezialärzte (Administrativgutachten) ist voller Beweiswert zuzuerkennen, solange nicht «konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit» der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4). Nicht näher begründete, anders lautende Einschätzungen der behandelnden Ärzte sind in der Regel nicht geeignet, den Beweiswert eines Gutachtens in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des BGer 9C_86/2018 vom 20. August 2018 E. 5.4.1 mit Hinweis). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten (seien dies Hausärzte oder spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen) darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/cc).

E. 2.4

Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (vgl. Urteil des BGer 8C_163/2007 vom 6. Februar 2008 E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den

9■22 Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (vgl. Urteil des BGer 9C_57/2019 vom 7. März 2019 E. 3.2).

E. 3.1

Die IV-Stelle stützte sich bei der Beurteilung der Gesundheit und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf das polydisziplinäre Gutachten der medaffairs vom 10. März 2022, das keinen IV-relevanten Gesundheitsschaden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

festhielt. Infolgedessen wurde das Leistungsbegehren ■ nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens ■ mit Verfügung vom 8. Juli 2022 abgewiesen.

E. 3.2

Die Beschwerdeführerin kritisiert Aspekte des Administrativverfahrens (vgl. E. 4) sowie sinn- gemäss das Gutachten der medaffairs vom 10. März 2022 (vgl. E. 6).

E. 4.1

Die Beschwerdeführerin macht zunächst geltend, die IV-Stelle habe bereits im Dezember 2016 entschieden, dass sie nicht rentenberechtigt sei. Dieser Entscheid sei trotz der im Januar 2017 diagnostizierten schweren, operativ behandelten Rückenmarkskompression in der Brustwirbelsäule nicht angepasst worden. Vielmehr habe die IV-Stelle festgehalten, sie hätte bis zur OP im März 2017 voll arbeiten können und danach längst wieder. Auch die Fehl- lage der obersten Schraube, deren Spitze keinen Millimeter von der Aorta positioniert gewesen sei und zu zwei weiteren Operationen geführt habe, sei unberücksichtigt geblieben. Eine der IV-Stelle zugesandte CD zeige, wie es ihr derweilen beim Aufstehen gehe. Ob diese der me- daffairs zugestellt worden sei, wisse sie nicht. Es sei nicht nachvollziehbar, wieso ein Arzt auf die Idee komme, dass sie voll arbeitsfähig sei. Die Beschwerden hätten bereits 2015 begon- nen; 2016 habe sie bereits einen Rollator und einen elektrisch verstellbaren Lattenrost benö- tigt. Sie habe sich oft auf den Boden legen müssen, um einen Sturz zu verhindern. Einmal auf der psychischen Schiene, sei ihr Rücken einfach ignoriert worden. Sie habe alles getan und vom Gesundheitswesen erduldet, um wieder auf die Beine zu kommen. Ohne Diagnose und unwissend, habe sie sich im Oktober 2016 wegen der Fristeinhaltung bei der IV angemeldet. Ab diesem Zeitpunkt habe seitens der IV allzeit Druck bestanden zu

10■22 funktionieren, damit keine Rente notwendig sei. Ihr Jobcoach habe sie nie kontaktiert. Es gehe weder um das Budget der IV noch darum, einen einmal getroffenen Entscheid nach der Diag- nose anzupassen, sondern um die finanziellen Folgen eines Klienten, der Pech habe und sich unverschuldet tagtäglich damit auseinandersetzen müsse, um überhaupt Laufen zu können und den Alltag zu meistern. Im Rollstuhl sitzen entfalle, da ihre Wirbelsäule das Sitzen im Rollstuhl nicht erlaube.

E. 4.2

Richtig ist, dass die IV-Stelle am 15. Dezember 2016, basierend auf den bis dahin bekannten und den anhand der Angaben der Beschwerdeführerin (vgl. Ärzteliste vom 5. November 2016 [IV-act. 21, S. 5) eingeholten medizinischen Unterlagen, eine Leistungsabweisung in Aussicht stellte. Die Rückenproblematik sowie die diesbezüglich anstehende Operation wurden erst mit Einwand vom 31. Januar und 10. Februar 2017 (IV-act. 44 und 55) geltend gemacht. Daraufhin teilte die IV-Stelle der (damals anwaltlich vertretenen) Beschwerdeführerin am 7. März 2017 u.a. mit, dass die neu diagnostizierte Myelonkompression bei thorakaler Diskushernie mit Ope- rationsindikation und die daraus folgender Arbeitsunfähigkeit invalidenversicherungsrechtlich zu berücksichtigen sei. Aufgrund des derzeit nicht stabilen Gesundheitszustandes werde vor- erst auf den Verfügungserlass verzichtet bzw. nach Abschluss der postoperativen Rehapphase eine Neubeurteilung vorgenommen (IV-act. 66). Diese Neubeurteilung erfolgte schliesslich erst nach Abschluss der Integrationsmassnahmen, der erneuten Operationen im März und Mai 2020 und nach Vorlage des Gutachtens vom 10. März 2022. Während dem Aufbau- training bei der Stiftung für Arbeitsplatzgestaltung, chocofactory, stand die Beschwerdeführerin,

anders als behauptet, persönlich oder per E-Mail in stetigem Kontakt und Austausch mit der zuständigen Fachperson der IV-Stelle und dem bei der chocofactory tätigen Jobcoach (vgl. u.a. IV-act. 86 ff., 93 f., 99, 110, 144, 148, 175, 244). Soweit die Beschwerdeführerin einen «Druck» seitens der IV geltend macht, ist daran zu erinnern, dass in der Invalidenversicherung der Grundsatz «Eingliederung vor Rente» gilt. Insgesamt erweisen sich die Vorbringen als un- begründet.

11■22

E. 5

Metabolisches Syndrom (ICD-10: I10.0) Aus polydisziplinärer Sicht besteht einzig auf Basis der orthopädischen Diagnosen eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, als dass es sich dabei um eine rückschonende Belastung handelt, ohne vermehrte Arbeiten in Zwangspositionen, vermehrt rekliniert, vorn- über gebeugt, repetitiv, die Wirbelsäule rotierend sowie ohne Lasten über 10 Kilo. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in der Finanzbuchhaltung/Rechnungswesen lasse sich keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausweisen (Ziff. 4.7, S. 25).

E. 5.1

Laut Notfallbericht des Kantonsspitals Uri vom 25. Juni 2015, war die Beschwerdeführerin gleichentags auf der Notfallstation betreut worden. Als Diagnose wurde «Muskuloskelettaler Schmerz, DD im Rahmen einer Fibromyalgie» festgehalten (IV-act. 8, S. 1).

E. 5.2

Die Neurologin Dr. med. B. __ berichtete der Hausärztin am 7. Juli 2015, die Patientin mit seit 20 Jahren bekannter Fibromyalgie habe von exazerbierenden Schmerzen mit Lumbalgie be- richtet. Beim Abklatschen eines «give me 5» am 25. Juni [2015], [habe sie einen] Schlag auf die Handgelenkskante rechts mit extremsten Schmerzen [erlitten], ausstrahlend bis in den Arm und in den ganzen Körper mit anschliessenden thorakalen Schmerzen und Atemnot, weshalb die im gleichen Gebäude arbeitende Polizei die Ambulanz avisiert habe und es zu einer Vor- stellung auf dem Notfall des Kantonsspitals Uri gekommen sei. Die Patientin habe eine um- fassende Abklärung gewünscht, um keine organische Genese der Schmerzen zu verpassen. Klinisch neurologisch gebe es keine Auffälligkeiten. Mit der Patientin sei ausführlich das Bild der chronischen Schmerzen diskutiert worden, u.a. die langwierigen, schwierigen therapeuti- schen Möglichkeiten, ebenso das Schmerzmodell im Sinne eines (Ver-)Lernprozesses (IV-act. 263, S.11).

E. 5.3

Vom 28. August bis 7. September 2015 war die Beschwerdeführerin im Kantonsspital Nidwal- den (KSNW) hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 7. September 2015 berichtete Dr. med. C. __, Facharzt für Rheumatologie und Leiter der Klinik für Innere Medizin die Diagnosen:

12■22 1. Fibromyalgie – Erstdiagnose 1998 (Kantonsspital Winterthur, Unispital Zürich) – 6 von 18 für Fibromyalgie-typische Tenderpoints positiv – Assoziierte Symptome: Magendarmbeschwerden, Kopfschmerzen, Schlafstörungen 2. Mittelschwere depressive Episode 3. Adipositas BMI 33.9 4. Verdacht auf gelegentliche Hyperventilation

E. 5.4

Am 7. Januar 2016 berichtete der Rheumatologe C. __ der Hausärztin Dr. med. D. __ von einer Beschwerdezunahme durch eine unerfreuliche Entwicklung am Arbeitsplatz. Für weitere somatische Abklärungen sehe er keine Indikation. Die Patientin sehe ein, dass sie psychologische oder psychiatrische Unterstützung brauche. Bis November 2015 sei sie vom sozialpsychiatrischen Dienst in Uri betreut worden. Die Patientin habe die Behandlung abgebrochen, weil sie ihre Probleme selber lösen müsse (IV-act. 26, S. 59).

E. 5.5

Am 21. April 2016 berichtete die Neurologin Dr. med. E. __ der zuweisenden Hausärztin als Diagnosen: «Unwohlsein, intermittierendes Benommenheitsgefühl sowie Schwindel, am ehesten funktioneller Genese bei anamnestic Fibromyalgie» sowie ihr überlieferte Diagnosen. In der Gesamtkonstellation bei eher unspezifischer einzuordnender Symptomatik sei die bereits etablierte psychiatrische Mitbetreuung bei hohem Leidensdruck der Patientin sinnvoll (IV-act. 26, S. 32).

13 ■ 22

E. 5.6

Am 7. Juli 2016 wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag des Krankentaggeldversicherers Helsana vertrauensärztlich untersucht. Dr. med. F. __, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 8. Juli 2016 die Diagnosen: 1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen Faktoren (ICD-10, F45.41) – mit fast ständig vorhandenen Schmerzen im Nacken, unterer Rücken, Schulter/Arm links – mit inadäquat guter Stimmung bei heiter-suppressivem Schmerz coping – mit anfallsweise auftretenden schmerzverstärkenden vegetativen Angstsymptomen 2. Unklare Autoimmunerkrankung – mit roten Handflächen und durch Druck auslösbaren, elektrisch-einschiessenden neuropathischen Schmerzen mit brennenden Fusssohlen, etc. 3. Aktenanamnestisch Status nach depressiver Episode – aktuell keine depressive Symptomatik erfragbar Der Psychiater hielt sodann zusammengefasst fest, es lasse sich eine langjährige chronische Schmerzstörung nach F45.41 feststellen, die vorwiegend Nacken, unterer Rücken und Schulter/Arm links betreffe und im Alltag und Arbeit lange Zeit gut kompensiert gewesen sei. Dazu kämen aber neuropathische Schmerzen von Hand- und Fusssohlen als Symptome unklarer, aber wahrscheinlich spezifischer Autoimmunerkrankung mit Hautaffektionen (ab Geburt des ersten Sohnes 1990) und im letzten Jahr verstärkt. Psychiatrisch gebe es starke Hinweise auf eine Persönlichkeitsakzentuierung sowie eine vor allem vegetativ fassbare Angstkomponente, die nicht im Sinne einer Panikstörung validiert werden können. Anhalt für eine depressive Störung gebe es nicht. Der Psychiater attestierte aufgrund der Persönlichkeitsakzentuierung, allenfalls auch Persönlichkeitsstörung eine situative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, je nach beruflicher Nische voll, teilweise oder gar nicht. Aktuell vermutete der Psychiater eine 50% Arbeitsunfähigkeit mit weiterer Besserung (IV-act. 24/180).

E. 5.7

Die Klinik Arlesheim berichtete am 15. August 2016 über die vom 29. Juli bis 1. August 2016 bei ihr hospitalisierte Beschwerdeführerin. Die Patientin habe sich mit seit 13 Monaten bestehenden progredienten lumboschialgieformen Schmerzen, Schwächen und Bewegungseinschränkungen zur stationären Aufnahme vorgestellt. Im Vorfeld habe eine somatische Abklärung keinen weiterführenden Befund ergeben, sodass man von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ausgegangen sei.

Im

14■22 Aufnahmegespräch habe sich die Patientin im Kontakt offen, kooperativ, weitschweifig, teil- weise daneben redend gezeigt. Bei Beschreibung der körperlichen Beschwerden sei sie de- tailliert, auf Fragen bezüglich der psychosozialen Situation und Konflikten schwer fassbar und allgemein geblieben. Verlaufe des 1. August 2016 habe sich die Patientin ohne erkennbaren Auslöser agitiert mit schwerer psychomotorischer Unruhe, unkontrollierten Muskelzuckungen und teilweise fremdaggressiv und nicht führbar gezeigt. Aufgrund der unklaren Situation sei sie mit Verdacht auf eine akute psychotische Episode und nicht auszuschliessender Fremd- und Selbstgefährdung in die Psychiatrie notverlegt worden (IV-act. 26, S. 15). Die Psychiatrie Baselland ging von einem dissoziativen Erregungszustand bei Schmerzzustand ungeklärter Ätiologie aus und konnte die Patientin am Folgetag geordnet und ohne Anhalt für eine Fremd- und Selbstgefährdung entlassen (IV-act. 26, S. 18).

E. 5.8

Der Neurologe PD Dr. med. G. __ vom Zentrum für Neurologie und Neurorehabilitation des Luzerner Kantonsspitals berichtete der Hausärztin am 21. September 2016, die Patientin leide seines Erachtens vorab unter einer allgemeinen Minderbelastbarkeit. Hinweise auf strukturelle neurologische Schäden im zentralen als auch peripheren Nervensystem gebe es klinisch so- wie in den bereits durchgeführten Zusatzuntersuchungen (Schädel-MRI, Elektrophysiologie) nicht. Bisherige metabolische Abklärungen sowie eine Schlafabklärung seien ebenfalls unauf- fällig (IV-act. 8, S. 3).

E. 5.9

Die um eine Zweitmeinung ersuchte Rheumatologin Dr. med. H. __, Luzerner Kantonsspitals, hielt in ihrem Sprechstundenbericht vom 28. September 2016 als Diagnosen fest: 1. Chronische Schmerzverarbeitungsstörung (ED 1998) Assoziierte Symptome: Magen-/Darmbeschwerden, Kopfschmerzen, Schlafstörungen 2. Aktenanamnestisch St. n. mittelschwerer depressiver Episode Stationäre Krisenintervention (09/15) 3. Adipositas 4. Substituierter Vitamin D-Mangel Es bestünden langjährige diffuse Beschwerden im Bereich des gesamten Körpers, wovon nur einige im Bereich des Bewegungsapparates lokalisiert seien. In der Zusammenschau der ak- tuellen anamnestisch-klinischen, laborchemischen/immunserologischen sowie radiologischen Befunde bestünden keine Hinweise für das Vorliegen einer entzündlich-immunologischen

15■22 Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis, welche die Beschwerden erklären könnten. Es sei weiterhin eine chronische Schmerzverarbeitungsstörung anzunehmen, die jedoch auch nicht sämtliche Symptome erklären könne (IV-act. 8, S. 5).

E. 5.10

Dr. med. I. __, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsappa- rates berichtete der zuweisenden Hausärztin am 19. Januar 2017 die Diagnosen: – Beginnende Myelopathie mit chronischen Schmerzen im Bereich des thorakalen Übergangs und Gangunsi- cherheit bei median, das Myelon komprimierende Diskushernie Th10/11 und Diskusdegeneration Th11/12 – Diagnostizierte Fibromyalgie – Metatarsalgie links I und II Bei langer Anamnese, bisheriger frustraner konservativer Therapie und deutlichem Leidens- druck sowie eindeutigem radiologischen und neuropsychologischen Korrelat sehe er eine In- dikation zu einer Dekompression und

Stabilisierung. Der operative Eingriff erfolge am 7. März 2017 (IV-act. 67, S. 4 ff.). Laut Sprechstundenbericht vom 11. September 2017 (IV-act. 109, S. 12) zeigte sich die Beschwerdeführerin mit dem Ergebnis zufrieden. Sie habe deutlich weniger Schmerzen und könne deutlich besser gehen (IV-act. 47, S. 1; vgl. dazu auch IV-Arztbericht Dr. med. J. ___ vom 26. Dezember 2017 [IV-act. 109, S. 3]).

E. 5.11

Am 17. Dezember 2018 berichtete der Neurologe PD Dr. med. K. ___ dem zuweisenden [neuen] Hausarzt med. pract. L. ___, die Patientin habe vor gut einem Jahr eine tiefthorakale Myelopathie erlitten. Als Residuen davon hätten die verlängerten zentralmotorischen Laufzeiten zum Tibialis anterior beidseits objektiviert werden können. Bei thorakaler Myelopathie erwarte man einen spastisch/ataktisches Gangbild und nicht einen Steppengang. Dieser sei stets bedingt durch Pathologie des N. peroneus, lokal oder im Rahmen einer Polyneuropathie. Beides liege bei der Patientin nicht vor. Es sei davon auszugehen, dass sich im Rahmen der Myelopathie bzw. der Rehabilitation ein «Softwarefehler» eingeschlichen habe. Am zielführendsten wäre, die Patientin im Rahmen einer psychosomatischen Rehabilitation intensivst am Gangbild trainieren zu lassen (IV-act. 263, S. 9). Am 22. März 2019 berichtete der Neurologe von einem erfreulich guten Ansprechen auf die stationäre Rehabilitation bzw. einem flüssigen Gangbild (IV-act. 263, S. 7).

16■22

E. 5.12

Dr. med. Dipl.-Psych M. ___, Facharzt für Neurologie und Leiter Neurologie Rehabilitation des Paraplegikerzentrums (SPZ), notierte in seinem Sprechstundenbericht vom 9. September 2019, neurologisch finde sich bei der Patientin seitens ihrer Schmerzangaben eine C6-Symp-tomatik rechtsseitig mit entsprechendem MRI-Befund, wobei keine neurologischen Ausfälle objektivierbar seien. Sodann eine nicht sonderlich ausgeprägte Polyneuropathie. Die Beschwerdesymptomatik der Patientin sei sehr umfassend und betreffe mehrere Fachdisziplinen. Die neurologisch bestehenden Auffälligkeiten seien leichter Natur und würden für sich allein genommen keine Arbeitsunfähigkeit in einer Bürotätigkeit bedingen (IV-act. 291, S. 5).

E. 5.13

Am 23. Oktober und 6. November 2019 erfolgte ein rheumatologisches Konsilium durch Dr. med. N. ___, Rheumatologie St. Anna Luzern. In seinem Bericht vom 9. November 2019 hielt er zusammenfassend fest, in der klinischen Untersuchung fänden sich gewisse Hinweise, die wahrscheinlich als residuelle Befunde einer thorakalen Myelopathie gewertet werden könnten. Bildgebend auffällig sei die Lage der Pedikelschraube Th9 links, die mehrheitlich ausserhalb des Wirbelkörpers liege und diesen deutlich überrage, sodass es bildgebend zu einem Kontakt zur Hinterwand der Aorta thoracalis komme. Inwieweit dies zur Unterhaltung der Schmerzen beitrage, könne er nicht beurteilen. Auch sei nicht klar, inwieweit die geschilderten Beschwerden durch ein Residualzustand bei Status nach Myelopathie Th11/12 erklärbar seien. Insgesamt bestünden im jetzigen Zeitpunkt keine sicheren Hinweise auf eine relevante Schmerzausweitung, obwohl die Schmerzpräsentation im Untersuchendruck eindrücklich sei. Aufgrund der bisherigen Abklärungen gebe es aus rheumatologischer Sicht keine Erklärungen für den schwierigen Verlauf (IV-act. 291, S. 6 ff.).

E. 5.14

Im März 2020 erfolgte die Implantation eines Aorta-Stents und im Mai 2020 die Entfernung der überreichenden Schraube Th9 (Operationsbericht vom 1. Mai 2020 [IV-act. 291, S. 18]).

E. 5.15

Das polydisziplinäre Gutachten der medaffairs vom 10. März 2022 basiert auf den Untersuchungen des fallführenden Internisten Dr. med. O. __, des Orthopäden Dr. med. P. __, des Neurologen Dr. med. Q. __ und des Psychiaters Dr. med R. __ (IV-act. 343). Im Rahmen der 17■22 Konsensbeurteilung hielten die Gutachter eine Reihe als Hauptdiagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit fest (Ziff. 4.1.1, S. 19): – Deutliche Restbeschwerden lumbal mit Mitbeteiligung der unteren Extremitäten bds. bei Status nach vent- raler Diskektomie und Dekompression sowie interkorporeller Spondylodese Th10/11 (ICD-10: M54.05) Nicht arbeitsfähigkeitsrelevant seien hingegen die Diagnosen (Ziff. 4.1.2, S. 20): 1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) 2. Zustand nach kompressionsbedingter Myelonaffektion bei Diskushernie T10/11 (ICD-10: G99.2) 3. Unwillkürliche Bewegungen der oberen und unteren Extremitäten nicht neurologischen Ursprungs (ICD-10: R25.8) 4. Im MRT Schädel vom 13.10.2020 Marklagergliosen (ICD-10: I67.9) und ACE-Abgangsstenose beidseits (ICD-10: I66.8)

E. 5.16

Bei den neu aufgelegten, nach Verfügungserlass datierten medizinischen Unterlagen handelt es sich um folgende Berichte des Kantonsspitals Winterthur (KSW): a) Bericht der Zytologie des betreffend Spülzytologie Blase vom 14. Juli 2022 mit der Diagnose: nicht verhornende Plattenepithelmetaplasie, negativ für urotheliales Karzinom high grade (BF-Bel. 10, S. 1); b) Bericht Urodynamik vom 19. Juli 2022 mit der Verdachtsdiagnose Blasenentleerungsstö- rung (BF-Bel. 10, S. 2-3); c) Sprechstundenbericht Gefässchirurgie vom 19. August 2022, der eine regelrechte Ver- laufskontrolle bei Status nach TEVAR festhält (BF-Bel. 10, S. 4-5); d) Bericht Radiologie/Nuklearmedizin, wonach die Positronen-Emissions-Tomografie (PET- CT) vom 25. August 2022 unauffällig war (BF-Bel. 10, S. 6-7);

18■22 e) Bericht Radiologie/Nuklearmedizin über einen Ultraschall des Thorax vom 29. August 2022 (ohne Diagnose [BF-Bel. 10, S. 8-9]) f) Bericht Radiologie/Nuklearmedizin über eine CT-gesteuerte perkutane Pleurabiopsie vom 1. September 2022 (ohne Diagnose [BF-Bel. 10, S. 10 ff.]).

E. 6.1

Das Gutachten vom 10. März 2022 ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allsei- tigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, wurden in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusam- menhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerun- gen der Experten sind begründet. Die gutachterlichen Ergebnisse stehen überdies in Einklang mit der medizinischen Aktenlage (vgl. E. 5). Damit genügt das Gutachten den bundesgericht- lichen Kriterien und ist dementsprechend voll beweismässig (BGE 143 V 124 E. 2.2.2; 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Die Vorbringen der Beschwerdeführerin vermögen daran, wie sich sogleich zeigen wird, nichts zu ändern. Die neu aufgelegten, nach Erlass der Verfügung datierte Berichte des Kantonsspitals Win-

terthur (BF-Bel. 10; vgl. vorstehende E. 1.3) halten bezüglich der bekannten Beschwerdeföhematik keine neuen Erkenntnisse oder Diagnosen fest. Sollten sich im Rahmen der dokumentierten Biopsien neue, sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Diagnosen ergeben haben, so wären diese mittels einer Neuanmeldung geltend zu machen.

E. 6.2

Die Beschwerdeföhererin macht geltend, die im Dezember 2020 übermittelte CD mit Videoaufnahmen (Aufstehen/Absitzen) sei den Gutachtern nicht vorgelegt worden bzw. die Aktenlage sei unvollständig gewesen. Sie scheint dabei zu übersehen, dass ihr die IV-Stelle mit E-Mail vom 19. Januar 2021 (IV-act. 293) den Eingang der erwähnten CD bestätigt und (im Rahmen der von ihr ersuchten Akteneinsicht vom 6. Mai 2021) mit E-Mail vom 15. April 2021 (IV-act. 314) über die Weitergabe der Original-CD an die Gutachterstelle informiert hat. Selbst wenn dem nicht so wäere, könnte die Beschwerdeföhererin nichts zu ihren Gunsten ableiten. Die Beschwerdeföhererin konnte bei jedem Teilgutachter vor der Befunderhebung ihre Beschwerden schildern (IV-act. 343, S. 43 ff., 138 ff., 163 ff., 184 ff.). Sodann hat der orthopädische Teilgutachter unter dem Titel «Befund» explizit festgehalten, dass das Hinsetzen und Aufstehen

19■22 auf/vom Untersuchungsstuhl sowie das Hinlegen und Aufstehen auf/von der Untersuchungs- liege schwierig durchführbar war (IV-act. 343, S. 143). Die gesamte orthopädische Problematik wurde denn auch beim Arbeitsplatzprofil berücksichtigt. Schliesslich ist daran zu erinnern, dass weder die subjektive Einschätzung der versicherten Person noch (allein) die Diagnose- stellung die Arbeitsfähigkeit definieren. Massgebend sind die Auswirkungen der objektiven Befunde auf die Leistungsfähigkeit.

E. 6.3

Die Beschwerdeföhererin moniert, die schriftlich übermittelten Fragen (gemeint sind wohl jene vom 28. Juli 2021 [IV-act. 327]) seien unbeantwortet geblieben. Die Beschwerdeföhererin erhielt am 17. März 2021 Gelegenheit bis Ende März Ergänzungsfragen zu stellen (IV-act. 310). Sie liess sich jedoch nicht innert Frist vernehmen, sondern erst mit E-Mail vom 28. Juli 2021 (IV-act. 326 f.). Da der Gutachtensauftrag bereits am 16. April 2021 vergeben worden war, wurde die Beschwerdeföhererin darauf gebeten die Fragen an der Begutachtung zu stellen (IV-act. 325). Die entsprechende Gelegenheit ist in den Teilgutachten vermerkt (IV-act. 343, S. 43, 138, 163 und 194). Ausserdem wäeren die Antworten auf die Zusatzfragen, welche ausschliesslich die Ursache ihrer Beschwerden beschlugen, nicht ausschlaggebend gewesen, da die geklagten Beschwerden mit somatischen Befunden nicht hinreichend objektivierbar waren.

E. 6.4

Die Beschwerdeföhererin moniert, der psychiatrische Teilgutachter habe ihr das Hinlegen verwehrt, obwohl sie der Gutachterstelle vorab mitgeteilt habe, dass sie diese Möglichkeit brauche. Sie habe die Fragestunde nur mit aufstehen, herumlaufen, stehend abstützen, seitwärts auf einen Stuhl setzend usw. überstehen können. In ihrem Gesicht sehe man selten, dass sie Schmerzen habe. Zudem habe sie eine Maske getragen. Ihr Gang sei breitbeinig, je schwächer und je schlechter es ihr gehe. Die Beschwerdeföhererin erklärt bzw. begründet einige der vom psychiatrischen Teilgutachter dokumentierten Beobachtungen aus ihrer Sicht (vgl. IV-act. 343, S. 190 «Befund»). Die auf dem erhobenen Befund basierende Diagnose ■ die im Übrigen bereits der vom Krankentaggeldversicherer beauftragte Psychiater F. __ stellte (vgl. E. 5.6) ■ wird nicht beanstandet.

Im Weiteren ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass der Gutachter nicht lege artis vorgegangen ist.

20■22

E. 6.5

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, die objektive Diagnose einer Diskushernie Th10/11 fehle, scheint sie die entsprechende Passage des Gutachtens überlesen zu haben (vgl. vorstehende E. 5.15). Der Vollständigkeit halber ist erneut festzuhalten, dass zwischen der ärztlich gestellten Diagnose und der Arbeitsunfähigkeit keine Korrelation besteht (BGE 140 V 193 E. 3.1). Massgebend ist der Schweregrad der ärztlich attestierten gesundheitlichen Beeinträchtigung und das Mass der Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (BGE 127 V 294 E. 4c). Ein und dieselbe Diagnose kann Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben oder nicht (Urteil des BGer 8C_275/2011 vom 7. Juni 2011 E. 3.4).

E. 6.6

Schliesslich macht die Beschwerdeführerin sinngemäss eine Verschlechterung aufgrund der Begutachtung geltend. Sie habe viermal nach Basel und zurückreisen müssen. Die Zugreisen hätten ihr so geschadet, dass sie zu Hause verunfallt sei. Bei keinem Begutachtungstermin habe sie normal auf einem Stuhl sitzen können. Vor den Terminen habe ihr Körper noch halbwegs funktioniert, jetzt sei sie froh, wenn sie das Allerwichtigste erledigen könne. Begutachtungen sind für alle Versicherten eine grosse Belastung. Sie sind stets mit einer grossen Anstrengung verbunden und wecken Ängste und Widerstände. Aus diesem Grunde sind die Schilderungen durchaus plausibel. Allerdings muss, wer Versicherungsleistungen beansprucht, gewisse Belastungen durch die erforderlichen Abklärungen in Kauf nehmen (Urteil des BGer 9C_28/2010 vom 12. März 2010 E. 4.4). Im Weiteren ergibt sich aus den nach Erlass der Verfügung verfassten medizinischen Unterlagen (vgl. E. 5.16 und 6.1 Abs. 2) keine dauerhafte Verschlechterung, die unberücksichtigt geblieben wäre.

E. 6.7

Im Ergebnis erweist sich das Gutachten als beweistauglich. Damit ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch einer dem Belastungsprofil entsprechenden Verweistätigkeit voll arbeitsfähig ist.

21■22

E. 7

Insgesamt erweist sich die angefochtene Verfügung als rechters. Die Beschwerde ist unbegründet und vollumfänglich abzuweisen.

E. 8.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.– bis Fr. 1'000.– festgelegt. Die Gerichtskosten werden auf Fr. 600.– festgesetzt und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin auferlegt. Sie werden mit dem von ihr geleisteten Gerichtskostenvorschuss von Fr. 800.– verrechnet und sind bezahlt. Die Gerichtskasse wird angewiesen, der Beschwerdeführerin die Vorschussrestanz von Fr. 200.– zurückzuerstatten.

E. 8.2

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

22■22 Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

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