

NW_GERICHTE SV 23 3 vom 19. Juni 2023

NW Gerichte, 2023-06-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/nw_gerichte_SV 23 3](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/nw_gerichte_SV_23_3)

FR: NW_GERICHTE SV 23 3 du 19 juin 2023

IT: NW_GERICHTE SV 23 3 del 19 giugno 2023

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG (SR 831.20) können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Die Beschwerde richtet sich gegen die Verfügung der IV-Stelle Nidwalden vom 20. Januar 2023, womit die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts Nidwalden gegeben ist. Die sachliche Zuständigkeit obliegt der Sozialversicherungsabteilung (Art. 57 ATSG [SR 830.1] i.V.m. Art. 39 GerG [NG 261.1]), welche in Dreierbesetzung entscheidet (Art. 33 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). Nachdem auch Frist und Form (Art. 60 und Art. 61 lit. b ATSG) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

E. 1.2

Mit der Gesetzesnovelle «Weiterentwicklung der IV» traten per 1. Januar 2022 diverse neue Bestimmungen im ATSG, im IVG sowie in der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in Kraft. Namentlich wurde das abgestufte Rentenmodell durch ein stufenloses System ersetzt. In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 148 V 174 E. 4.1; 144 V 210 E. 4.3.1). Nicht massgeblich ist der Zeitpunkt der Rentenzusprache. Ein allfälliger Rentenanspruch der Beschwerdeführerin wäre vor dem 31. Dezember 2021 entstanden, weshalb auf die bis zum 31. Dezember 2021 geltenden materiellrechtlichen Bestimmungen abzustellen ist (so auch: Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab dem 1. Januar 2022, Rz. 9101). Sie werden im Folgenden denn auch in dieser Fassung zitiert.

5■20

E. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 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. 2.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: (a) ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können; (b) während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und (c) nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind. Die Höhe des Rentenanspruchs beurteilt sich nach Art. 28b IVG.

E. 2.3

Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrads bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. 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. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Darüber hinaus bilden ärztliche Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4). Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen

6■20 Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht 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 demnach 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 Experten begründet sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2; 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b; vgl. auch BGE 135 V 465 E. 4.4 f.). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb, Urteil des Bundesgerichts 9C_847/2014 vom 25. März 2015 E. 2.2.1 je m.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen kommt hingegen nicht

derselbe Beweiswert. Sie sind aber insoweit zu berücksichtigen, als nicht auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.7). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt. Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche

7■20 Einschätzungen letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2).

E. 2.4

Nach dem im Sozialversicherungsprozess geltenden Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist ein bestimmter Sachverhalt nicht bereits dann bewiesen, wenn er bloss möglich ist; hingegen genügt es, wenn das Gericht aufgrund der Würdigung aller relevanten Sachumstände, mithin nach objektiven Gesichtspunkten, zur Überzeugung gelangt ist, dass er der wahrscheinlichste aller in Betracht fallenden Geschehensabläufe ■ bei zwei möglichen Sachverhaltsvarianten: die wahrscheinlichere ■ ist und zudem begründeterweise angenommen werden darf, dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern (u.a. Urteil des Bundesgerichtes 9C_717/2009 vom 20. Oktober 2009 E. 3.3 mit weiteren Hinweisen).

E. 2.5

Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bilden die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens massgeblichen tatsächlichen Verhältnisse (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Später eingetretene Tatsachen sind soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids zu beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1 m.H.). Soweit sich während des Verfahrens einbeziehungsweise 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 weiteren Hinweisen).

E. 3.1

Die IV-Stelle berechnete gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der S. __ vom 8. Februar 2022 sowie den eingereichten Einkommensunterlagen einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 33%.

8■20

E. 3.2

Die Beschwerdeführerin moniert, die IV-Stelle habe die seit der Begutachtung eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustands nicht berücksichtigt und – soweit ersichtlich – den Einkommensvergleich.

E. 4.1

Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts stehen zahlreiche medizinische Akten zur Verfügung, die allesamt vom Gericht gewürdigt wurden. In der Folge werden indessen lediglich jene wiedergegeben, die sich nach Auffassung des Gerichts für die Beurteilung der Sache als relevant erweisen.

E. 4.2

Das polydisziplinäre Gutachten der S. ___ vom 8. Februar 2022, basiert auf den im Dezember 2021 erfolgten Untersuchungen von Dr. med. B. ___, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin, von Dr. med. C. ___, Facharzt Pneumologie, von Dr. med. D. ___, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, und von Dipl.-Psych. E. ___, Fachpsychologin Neuropsychologie (IV-act. 211 und 212). Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden festgehalten (IV-act. 212, S. 6 und 7): – Leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung mit verminderter psychophysischer Belastbarkeit im Zusammenhang mit einem hirnrnorganischem Psychosyndrom vermutlich in Zusammenhang mit einem Aarskog-Syndrom (ICD 10: F07.9) – Leichte Intelligenzminderung – Akzentuierte Persönlichkeitszüge (emotional instabil) (ICD-10: Z73.1) – Gonarthrose und Retropatellargelenksarthrose bds. (ICD-10: M17.9) – Degeneratives Lendenwirbelsäulensyndrom mit moderater Spondylarthrose L3/4 sowie deutlicher teils lockernder Spondylarthrose L4/5 mit Pseudoventrolisthesis Grad 1 auf Höhe L4/5 (ICD-10: M 47.9) Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien die Diagnosen: – Adipositas Grad II, aktuell BMI 38,6 kg/m² – Autoimmunthyreopathie Morbus Basedow ED 01/2013 – Status nach thyreostatischer Therapie bis 10/2016 – Aktuell euthyreot – Status nach Diaphragma-Plastik und Kolpoperineoplastik bei Descensus genitalis 04/2012 – Mittelschwere obstruktive Schlafapnoe, ED 05/2019, AHI 25/h (ausschliesslich Hypopnoen)

9■20 – Subjektiv und objektiv erfolgreiche Therapie mittels Unterkieferprotrusionsschiene, residueller AHI 2/h – Myofasciale Dysbalancen – Knick-/Senkfuss bds. – Aktenanamnestisch Acromioclaviculargelenksarthrose rechts In ihrer Konsensbeurteilung hielten die Gutachter fest: «Psychiatrisch finden sich bei der Versicherten akzentuierte Persönlichkeitszüge, bei leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Funktionsstörungen im Zusammenhang mit einem hirnrnorganischen Psychosyndrom. Die bisher durchgeführten psychiatrischen Beurteilungen und Einschätzungen sind nur zum Teil verständlich und nachvollziehbar. Die im polydisziplinären Gutachten vom September 2015 erfolgten diagnostischen Einschätzungen sind gut verständlich und nachvollziehbar. Auch die Infragestellung (weshalb im Gutachten von Verdachtsdiagnose gesprochen wird) einer zuvor beschriebenen emotional instabilen beschriebenen Persönlichkeitsstörung hin zu akzentuierten Persönlichkeitszügen mit «borderline oder ähnlichen instabilen Aspekten» ist gut verständlich und nachvollziehbar. Die plötzlich erfolgte Diagnose eines ADHS (2016) ist verwunderlich, zumal keine entsprechende differenzierte Abklärung erfolgte sondern offensichtlich nur 2 ScreeningTests (dabei auch noch ein Selbstbeurteilungstest) durchgeführt wurden und die Ergebnisse in Bezug auf die Validität dadurch fraglich sind. Zudem wurde dadurch offensichtlich auch im Verlauf keine, auch nicht vorübergehende, medikamentöse Therapie o.ä. notwendig. Die gestellte Diagnose eines «Aarskog-Syndrom», das im Verlauf am ehesten als hirnrnorganisches Psychosyndrom mit kognitiven affektiven Einschränkungen gesehen werden müsste, ist grundsätzlich nachvollziehbar, aber zu diskutieren, da literaturtechnisch explizit keine spezifischen Hinweise in Zusammenhang mit der beschriebenen Symptomatik und beschriebenem

Syndrom zu finden sind, was eine entsprechende Thematik aber nicht ausschliesst, zumal 2017 Auffälligkeiten im MRI beschrieben wurden, die dies stützen könnten (zahlreiche, das Altersmass deutlich übersteigende kleine supratentorielle Marklagergliosen mit unspezifischem Verteilungsmuster, davon eine grössere Gliose rechts frontal, Ätiologie und Relevanz unklar). Dass die Versicherte unter ausgeprägten Alpträumen, Nachhallerinnerungen, Flashbacks usw. leide, kann nur schwer nachvollzogen werden. Dazu wären konkrete traumatische Erlebnisse notwendig, die die Diagnose einer posttraumatischen Belastung rechtfertigen würden. Abgesehen von einer in der Kindheit erwähnten Übergriffsituation durch den Stiefvater (was zum jetzigen Zeitpunkt keine derartige Diagnose ermöglicht), fanden sich im Rahmen der jetzt durchgeführten Untersuchung keine Hinweise für ein derartiges Ereignis. Auch berichtete die Versicherte nicht von Alpträumen, Nachhallerinnerungen, Flashbacks usw.; dass von der Psychiaterin eine Verschlechterung beschrieben wird und daraus abgeleitet wird dass der Versicherten deshalb eine IV-Rentenunterstützung zustehe, ist inhaltlich nicht korrekt. Die Versicherte selbst gab an, dass ca. 2016 eine Verschlechterung eingetreten sei. Sie habe nicht mehr schlafen können, sei dann schnell müde geworden, tagsüber, habe sie sich dann auch alleine zurückgezogen mit den Tieren. Sie habe grosse Mühe und Not mit dem Job gehabt, dann habe sie allerdings die neuen Medikamente (Escitalopram, Quetiapin) erhalten, die nun eine wesentliche Besserung gebracht hätten. Sie würde wesentlich besser schlafen, würde 8-9 Stunden täglich schlafen ohne Probleme. Arbeiten könne sie aber nicht den ganzen Tag. Einen halben Tag arbeiten würde gehen. Das wesentliche Problem sei, dass sich in den letzten 3-4 Jahren die Konzentration deutlich verschlechtert habe, das sei das Hauptproblem. Der Schlaf sei jetzt mit 8-9 Stunden pro Tag gut, so mit den Medikamenten. Es gebe Tage, wo es besser gehe und Tage, wo es schlechter gehe. Auf

10/20 einen Monat bezogen seien es ca. 30% gute Tage, 50% mittelmässige Tage sowie 20% schlechte Tage, an denen nichts gehe. Aktuell bei der heutigen Untersuchung sei es ein mittelmässiger Tag, gestern sei eher ein guter Tag gewesen. Wann zuletzt ein schlechter Tag gewesen sei, wisse sie nicht mehr, sie könne sich nicht mehr daran erinnern. Als wesentlichen Belastungspunkt beschreibt die Versicherte auch, dass in den letzten Jahren ihr Partner der sie unterstütze (primär finanziell) in ein «Burnout» gerutscht sei, seit ca. 3 Jahren nicht mehr belastbar sei, auch von derselben Psychiaterin behandelt worden sei, dies nun aber nicht mehr erfolge, er auch keine Medikamente mehr einnehme. Trotzdem sei dadurch dass er nicht mehr so belastbar, auch der finanzielle Druck gestiegen, auch da sie aufgrund eines Konkurses 2010 noch regelmässige Abzahlungen zu leisten habe und es finanziell sehr knapp sei. Sowohl menschlich als auch fachlich sind entsprechende Belastungen nachvollziehbar – allerdings handelt es sich dabei um IV-fremde Faktoren die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt werden können. Bei der jetzt durchgeführten Untersuchung fanden sich (auf der Grundlage von Anamnese, Verlauf und erfolgten Einschätzungen) Symptome und Beschwerden die am besten durch die Diagnose einer verminderten psychophysischen Belastbarkeit bei hirnorganischem Psychosyndrom und damit verbundenen akzentuierten Persönlichkeitszügen rechtfertigt. Neuropsychologisch ergaben sich weder aus der klinischen Verhaltensbeobachtung, noch aus den Testergebnissen, noch aus den durchgeführten Beschwerdevalidierungsverfahren Hinweise für Inkonsistenzen, eine verminderte Anstrengungsbereitschaft oder eine negative Antwortverzerrung. Aus der Zusammenschau des kognitiven Profils, der Verhaltensbeobachtung und den Ergebnissen der Beschwerdevalidierung ist von einer guten Anstrengungsbereitschaft auszugehen. Die Ergebnisse werden somit als valide und

uneingeschränkt interpretierbar eingeschätzt. Aktuell lassen sich im Vordergrund Aufmerksamkeitsstörungen objektivieren. Die Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit ist reduziert, teilweise zeigt sich eine schwere Verlangsamung. Bei komplexeren Aufmerksamkeitsanforderungen zeigt sie eine verminderte Reaktionsgüte und reduzierte Sorgfaltsleistungen. Die allgemeine Auffassung ist vermindert. Daneben bestehen leicht verminderte Kurzzeit- und Arbeitsgedächtnisleistungen. Die längerfristigen Gedächtnisleistungen sind gut, hier erzielt die Versicherte teilweise auch überdurchschnittliche Ergebnisse. Die Intelligenz wurde in den Voruntersuchungen im leicht unterdurchschnittlichen Bereich angegeben. Dies kann durch die durchgeführten Untertests des Intelligenztestverfahrens bestätigt werden. Im retrospektiven Selbstbeurteilung-Fragebogen zu ADHS-Symptomen in der Kindheit finden sich keine eindeutigen Hinweise für einen frühen Beginn der Symptomatik, der Grenzwert wird hier unterschritten. Auch die schulische Entwicklung mit deutlicher Leistungssteigerung von der Sonderschule in den ersten beiden Schuljahren bis zu einem Beschulungsversuch in der Sekundarschule weist eher auf eine Entwicklungsverzögerung als auf eine ADHS-Symptomatik hin. Die von der Versicherten angegebenen Symptome im Selbstbeurteilung-Fragebogen zu der aktuellen Symptomatik wie erhöhter Ablenkbarkeit und Vergesslichkeit sind eher im Rahmen anderer psychiatrischer oder möglicherweise auch hirnorganischer Erkrankungen erklärbar. Auf der Verhaltensebene finden sich keine ADHS-typischen Verhaltensauffälligkeiten. Es imponiert vielmehr eine deutliche Verlangsamung. Die psychomentele Belastbarkeit ist deutlich vermindert. Die von der Versicherten beschriebenen kognitiven Schwierigkeiten im Alltag lassen sich zumindest teilweise gut mit dem erhobenen kognitiven Leistungsprofil vereinbaren. Insgesamt ist von einer leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Funktionsstörung mit verminderter psychophysischer Belastbarkeit auszugehen (Referenz: SUVA Tabelle 8:

11■20 Integritätsschäden bei psychischen Folgen von Hirnschäden sowie SVNP: Kriterien zur Bestimmung des Schweregrades einer neuropsychologischen Störung sowie Zuordnungen zur Funktions- und Arbeitsfähigkeit). Aus pneumologischer und allgemein-internistischer Sicht fanden sich keine Erkrankungen von Relevanz und mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Es empfiehlt sich eine regelmässige körperliche Bewegung, Ernährungsumstellung und Gewichtsreduktion. Die Therapie mit Arthrotec bzw. anderen NSAR Medikamenten sollte überdacht werden – einerseits wegen der rezidivierenden Durchfälle, aber auch wegen der bereits minimal eingeschränkten Nierenfunktion mit einem eGFR von 75ml/min.» Die aus den Diagnosen ergebenden Funktionseinbussen, so die Gutachter, hätten eine Teil-Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten zur Folge. In der bisherigen Tätigkeit (Briefkasten-zustellung bei Z. ___ auf Abruf; Schülerlotsin etc.), die leidensangepasst sei (kurze Arbeitszeiten, Selbsteinteilung der Arbeitszeit, Flexibilität der Belastung nach Zustand), was die Versicherte auch beschreibe, betrage die Arbeitsfähigkeit 60%. Zusätzlich gelte folgendes Belastungsprofil: leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten, kein ausschliessliches Stehen oder Gehen, primär sitzende Tätigkeiten seien zu bevorzugen, Überkopfarbeiten seien nicht repetitiv möglich, Wirbelsäulenzwangshaltungen sollten vermieden werden (IV-act. 212, S. 8). Es sei von einer schleichenden Veränderung des Gesundheitszustands auszugehen, der spätestens ab März 2017 eingetreten sei (IV-act. 212, S. 9).

E. 4.3

Die im Vorbescheid- und Beschwerdeverfahren aufgelegten Arztzeugnisse der Hausärztin vom 2. Dezember 2022 und des Spitals Nidwalden vom 7. Dezember 2022 bestätigen eine infolge des Unfalls vom 26. November 2022 bedingte Arbeitsunfähigkeit bis 4. Januar 2023 (IV-act. 251, S. 7 f. und BF-Bel. 5 f.).

E. 4.4

Dem im Vorbescheid- und Beschwerdeverfahren aufgelegten ärztlichen Attest der behandelnden Psychiaterin Dr. med. F.__ vom 9. Dezember 2022 (IV-act. 251, S. 6 und BF-Bel. 7) ist zu entnehmen: «Bei A.__ liegt eine organische affektive Störung bei Aarskog-Syndrom (als dieses in 2016 diagnostiziert) vor. F 06.3. Diese äussert sich in den mittelschweren bis schweren kognitiven Minderleistungen in mehreren exekutiven Bereichen und im Lernen nonverbaler Inhalte sowie leichten bis mittelschweren Einschränkungen in weiteren mnestischen und attentionalen (Alertness, selektive Aufmerksamkeit) Teilbereichen mit auch schneller Ermüdung und Erschöpfung bei zusätzlich vorliegender Fatigue-Symptomatik, G 93.3, (und zuletzt auch nachgewiesenem mittelschwerem, in Rücken- und Bauchlage schwerem obstruktivem Schlafapnoesyndrom, G 47. 30/1, welches durch Zahnschiene behandlungsbedürftig ist, da eine Maske nicht getragen wird). Hierdurch ist die

12■20 Beschwerdeführerin in der Aufnahme beruflicher Tätigkeiten deutlich eingeschränkt, da sie sich auf neue Inhalte nicht konzentrieren und diese auch nicht behalten kann. Die affektive Störung zeigt Züge einer Borderline-Symptomatik vom emotional instabilen Typus zeigt, F 60.30, mit teils mangelnder Impulskontrolle, Störung des Selbstbildes und einer Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten, gerade bei hoher Fehleranfälligkeit aufgrund der hirnorganischen Komponente und niedriger Frustrationstoleranz sowie rasch wechselnden Emotionen wie Angst, Leere, Einsamkeit oder Wut und Zeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung, F 43.1 mit Nachhallereinerungen, Flashbacks und Alpträumen. Auch besteht ein ADHS-Syndrom, mit Persistenz ins Erwachsenenalter, F 90.0. Eine morphologische Untersuchung des Gehirns zeigte das Altersmass übersteigende unspezifische supratentorielle Marklagergliosen, hierfür ursächlich dürfte eine Meningoenzephalitis im Kleinkindesalter gewesen sein sowie ein zusätzlicher genetischer Faktor». Die im Frühjahr 2022 bei der W.__AG begonnene Tätigkeit (Einräumen, Backwaren herrichten, teils Kassentätigkeit) habe die Beschwerdeführerin aufgeben müssen, da sie den Anforderungen nicht entsprochen habe und zu sehr unter Druck geraten sei. Die Beschwerdeführerin arbeite seit 2022 circa 16 Wochenstunden als Pflegehelferin bei der V.__. Ab Oktober bis Dezember 2022 habe ein Wochenstundemaximum von 15 Stunden festgelegt werden können, da sonst die bestehenden Krankheitssymptome sich weiter erhöhten (Konzentrationsstörungen, emotionale Labilität, massive Erschöpfung, Alpträume, u.a.). In diese Phase falle der Unfall vom 26. November 2022 mit ausgedehnter Ruptur im Bereich des Musculus biceps und des Musculus semitendinosus, der die Beschwerdeführerin aus dem Arbeitsprozess wieder herausgerissen habe, gleichwohl aber auch ein Zeichen der Erschöpfung der Beschwerdeführerin darstelle. Die effektive Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin, so die Psychiaterin, liege positiv gesehen höchstens bei 50%.

E. 4.5

Im replicando eingereichten ärztlichen Attest vom 24. April 2023 (BF-Bel. 9) nimmt die Psychiaterin F.__ Bezug auf ihr Attest vom 9. Dezember 2022 und rekapituliert die

dortigen Ausführungen zu den Tätigkeiten der Beschwerdeführerin und deren Unfall vom 26. November 2022. Die Beschwerdeführerin habe, so die Psychiaterin, nach einer fordernden Pflege bei einem Klienten versucht noch schnell einen Einkauf zu erledigen. Dabei habe bei Müdigkeit durch eine Unachtsamkeit der Unfall im Einkaufsladen stattgefunden. In den Monaten Januar und Februar 2023 sei es zu Magen-Darminfekten und einem grippalen Infekt gekommen, wodurch wiederum Krankheitstage angefallen seien.

13■20 Für die Monate März und April 2023 sei daher eine Arbeitsfähigkeit bei V. __ mit 10 Wochenstunden angegeben worden. Hierdurch und durch eine Intensivierung der therapeutischen Gespräche sei versucht worden, die depressive Symptomatik und die Fatigue zu reduzieren, was auch partiell gelungen sei. Für den Monat Mai 2023 sei eine Arbeitsfähigkeit mit 12 Wochenstunden testiert worden (vgl. dazu BF-Bel. 10).

E. 5.1

Hinsichtlich der gesundheitlichen Situation ist auf das unbeanstandet gebliebene, im Verfügungszeitpunkt knapp jährige Gutachten vom 8. Februar 2022 abzustellen, das die von der Rechtsprechung geforderten Anforderungen an ein im Verwaltungsverfahren eingeholtes Gutachten erfüllt. Da sich die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin ■ wie sich so gleich zeigen wird ■ seitdem nicht verändert hat, besteht keine Veranlassung für weitere Abklärungen bzw. zur Einholung eines Gerichtsgutachtens.

E. 5.2.1

Die Beschwerdeführerin macht unter Verweis auf die aufgelegten Atteste zusammengefasst geltend, ihr Gesundheitszustand habe sich seit der Begutachtung vom Dezember 2021 verschlechtert. Im Laufe der Tätigkeit bei der V. __ habe sie feststellen müssen, dass sie sich mit der Arbeit übernommen habe. Infolgedessen sei es zu einer Erhöhung der Krankheitssymptome mit Krankschreibung gekommen. Auch stehe der Unfall vom 26. November 2022 und die daraus resultierte Arbeitsunfähigkeit in einem kausalen Zusammenhang mit ihrem verschlechterten psychiatrischen Gesundheitszustand. Aufgrund der ärztlich bestätigten affektiven Störung bei Aarskog-Syndrom sei sie im Wesentlichen schneller müde und erschöpft bei zusätzlich vorliegender Fatigue-Symptomatik. Ausserdem leide sie an einem Schlafapnoesyndrom, das durch ausgeprägte Tagesmüdigkeit und Sekundenschlaf sowie auch unter anderem Konzentrationsschwierigkeiten gekennzeichnet sei. Infolgedessen sei sie viel schneller müde und erschöpft als eine gesunde Person. Der Unfall sei Folge davon. Mit diesem Zustand würden nämlich verlangsamte Reaktionszeiten, fehlende Genauigkeit in der Bewegungsausführung und eine niedrigere Belastbarkeit einhergehen.

14■20

E. 5.2.2

Bei genauer Betrachtung fällt auf, dass die Einschätzungen (u.a. Diagnose, Arbeitsfähigkeit) der Psychiaterin F. __ im Attest vom 9. Dezember 2022 partiell wortwörtlich jenen im IV-Bericht vom 24. Oktober 2020 (vgl. IV-act. 189) entsprechen, der von den X. __-Gutachtern diskutiert wurde. Die Gutachter haben nicht nur Widersprüche aufgezeigt sondern auch, weshalb sie das Gros der psychiatrischen Diagnosen als nicht nachvollziehbar erachten (vgl. vorstehende E. 4.2). Während die Gutachter sowohl angestammt als auch angepasst von einer 60%igen Arbeitsfähigkeit ausgehen, attestiert die Psychiaterin der Beschwerdeführerin unverändert pauschal bzw. undifferenziert eine

maximale Arbeitsfähigkeit von 50%. Die divergierende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit dürfte u.a. darin begründet sein, dass die Gutachter im Gegensatz zur behandelnden Psychiaterin IV-fremde Belastungsfaktoren erwähnen und deren Auswirkungen explizit von jenen der Krankheit abgrenzen. Zudem ist in Bezug auf Berichte von behandelnden Arztpersonen auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, wonach diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 351 E. 3b/cc). Mit den im Attest vom 24. April 2023 angeführten intestinalen bzw. grippalen Infekte begründet die Psychiaterin «bloss» die krankheitsbedingten Ausfälle im Januar und Februar 2023, die geltend gemachte unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit wird sogar nicht mehr thematisiert. Diese fiel denn auch in den Zuständigkeitsbereich der Unfallversicherung. Die beschwerdeweise thematisierte, notabene behandelte und in keinem der aktuellen Berichte erwähnte Schlafapnoe, ist laut Gutachten «aus dem Leben der Beschwerdeführerin verschwunden, sie realisiere diese jedenfalls nicht als Krankheit» (IV-act. 212, S. 20). Anders als die Beschwerdeführerin anzunehmen scheint, ist nicht (allein) die Diagnosestellung massgebend, sondern vielmehr die Auswirkungen der fachärztlich festgestellten Leiden auf die Arbeitsfähigkeit. Insgesamt vermögen die nach dem Gutachten datierenden Arztberichte nicht ansatzweise eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu belegen. Ob die neu angetretene Stelle als Pflegehilfe überhaupt als leidensangepasst zu qualifizieren (vgl. vorstehende E. 4.2 in fine, Belastungsprofil) bzw. für die geltend gemachte Überforderungssymptomatik ursächlich ist, kann offen bleiben.

E. 5.3

Nach dem Gesagten ist auf das S.___-Gutachten vom 8. Februar 2022 und die darin formulierte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abzustellen.

15■20

E. 6.1

Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung. Gemäss Art. 16 ATSG hat die Invaliditätsbemessung bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu erfolgen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1). Dabei ist in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns abzustellen (BGE 129 V 222 E. 4.3.1). In Bezug auf den Einkommensvergleich bestreitet die Beschwerdeführerin konkret einzig das Invalideneinkommen.

E. 6.2.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahr-

scheinlichkeit im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 135 V 58 E. 3.1; 134 V 322 E. 4.1). Hingegen ist nicht massgebend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt des Rentenbeginns bestenfalls verdienen könnte (Urteil des Bundesgerichts 8C_504/2018 vom 19. Oktober 2018 E. 3.5.2).

16■20

E. 6.2.2

Die IV-Stelle errechnete das Valideneinkommen basierend auf dem Jahreseinkommen 2017 (Fr. 52'379.■), woraus indexiert ein jährliches Valideneinkommen für das Jahr 2022 von Fr. 54'516.■ resultierte, das seitens der Beschwerdeführerin unbestritten blieb und aus den Akten ergibt sich keine Veranlassung zur näheren Prüfung.

E. 6.3.1

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist gemäss der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in der die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches Erwerbseinkommen gegeben, namentlich, weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, können für die Bemessung des Invalideneinkommens die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2).

E. 6.3.2

Das zumutbare Invalideneinkommen ermittelte die IV-Stelle ausgehend vom tatsächlich erzielten Verdienst (bei Z. __, Y. __, X. __, W. __ und V. __) in den Monaten Mai bis Oktober 2022. Der sechsmonatige Verdienst im Gesamtbetrag von Fr. 18'214.■ wurde als nachhaltig erachtet, auf ein Jahr hochgerechnet und ein Invalideneinkommen von Fr. 36'428.■ ermittelt (IV-act. 243).

E. 6.4.1

Die Beschwerdeführerin moniert, die Monate Mai bis Oktober 2022 seien für die effektive Leistungsfähigkeit nicht repräsentativ. Zum einen habe sie über ihre eigentliche Leistungsfähigkeit

17■20 gearbeitet, zum anderen seien sechs Monate kein genügend langer Zeitraum. Die IV-Stelle habe überdies Einkünfte von Stellen berücksichtigt, die sie gekündigt habe.

E. 6.4.2

Rechtsprechungsgemäss gilt der erzielte Verdienst als Invalidenlohn, wenn u.a. besonders stabile Arbeitsverhältnisse vorliegen (vgl. vorstehend E. 6.3.1). Laut Aktenlage hat die Be-

schwerdeführerin per 1. Mai 2022 eine neue Stelle bei der V.____ (vgl. Temporär-Rahmenarbeitsvertrag für eine unbestimmte Anzahl temporärer Einsätze [IV-act. 232, BF-Bel. 4, S. 4 ff.]) angetreten und die Einsätze laut ärztlichem Attest vom 24. April 2023 ab Oktober 2022 bereits reduziert (BF-Bel. 7). Die per 1. März 2022 angetretene 30%-Stelle bei der W.____ AG (IV-act. 230, 223, BF-Bel. 4, S. 3 f.) beendete sie bereits in der Probezeit (per Ende Mai 2022), weil sie den Anforderungen der Stelle nicht gewachsen war. Die seit Januar 2019 ausgeübte Tätigkeit im Stundenlohn bei der X.____ beendete sie ebenfalls per Ende Mai 2022 (IV-act. 237, BF-Bel. 1), das seit 1. April 2021 bestehende Arbeitsverhältnis im Stundenlohn bei V.____ per Ende September 2022 (IV-act. 234, BF-Bel. 4). Die seit 2014 bei der Z.____ AG ausgeübte Tätigkeit setzte sie in einem reduzierten Pensum fort (IV-act. 242 und 223–227). Am 1. Januar 2023 hat die Beschwerdeführerin eine neue Stelle auf Abruf beim Schweizerischen Roten Kreuz angetreten, jedoch im Verfügungszeitpunkt kein Einkommen generiert (BF-Bel. 8). Die Kurzübersicht zeigt, namentlich die jeweils vergleichsweise kurze Anstellungsdauer sowie die Tatsache, dass es sich vorab um Arbeiten auf Abruf ohne Garantie eines Mindest- oder Maximaleinsatzes mit schwankendem Einkommen handelt, dass ■ entgegen der Ansicht der IV-Stelle ■ keine «besonders stabilen» Arbeitsverhältnisse vorliegen. Demzufolge hätte die IV-Stelle beim Invalideneinkommen nicht auf die tatsächlichen Einkünfte der Beschwerdeführerin abstellen dürfen, sondern bei der Bestimmung des Invalidenlohns die statistischen Einkommensangaben der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE), das heisst die sogenannten Tabellenlöhne, heranziehen müssen (Art. 26 Abs. 4 i.V.m. Art. 25 Abs. 3 IVV).

E. 6.4.3

Praxismässig ist bei den Tabellenlöhnen auf die Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne), üblicherweise die Tabelle TA1_tirage_skill_level, privater Sektor, nach Wirtschaftszweig, Kompetenzniveau und Geschlecht) abzustellen. Es ist jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen (BGE 148 V 174 E. 6.2 mit weiteren Hinweisen). Zu verwenden sind dabei die im Verfügungszeitpunkt bezogen auf den Zeitpunkt des Rentenbeginns (in casu:

18■20 1. Dezember 2019 [IV-act. 216]) aktuellsten veröffentlichten Daten (Urteil des Bundesgerichts 8C_202/2021 vom 17. Dezember 2021 E. 6.2.2). Entsprechend findet die LSE 2018 TA1, «Total Privater Sektor», Frauen, Kompetenzniveau 1 Anwendung. Demnach ist von einem jährlichen Einkommen von Fr. 33'104.– (Fr. 4'371.– x 12 = Fr. 52'452.–; der Wochenarbeitszeit angepasst x 41.7 ÷ 40 = Fr. 54'681.21; der Teuerung angepasst x 100.9% = Fr. 55'173.34, davon 60%) auszugehen. Ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn (vgl. BGE 124 V 321 E. 3b/aa) erscheint sodann unter Berücksichtigung von Vergleichsfällen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_269/2021 vom 1. Dezember 2021 E. 6.2) nicht angezeigt und wurde beschwerdeweise auch nicht geltend gemacht.

E. 6.5

Ausgehend von einem Valideneinkommen von Fr. 53'174.– für das Jahr 2019 und einem Invalideneinkommen von Fr. 31'104.–, ergibt sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 22'070.– mithin einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 37.74%.

E. 7

Insgesamt erweist sich die angefochtene Verfügung im Ergebnis als rechters. Die Beschwerde ist unbegründet und vollumfänglich abzuweisen. Eine allfällige Verschlechterung

ih- res Gesundheitszustandes kann die Beschwerdeführerin allenfalls mittels Neuanmeldung ge- mäss Art. 87 Abs. 3 IVV (Verordnung über die Invalidenversicherung; SR 831.201) geltend machen.

E. 8.1

Abweichend von Art. 61 lit. a ATSG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsge- richt kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.■ bis Fr. 1'000.■ festgelegt. Die Kosten für das vorliegende Verfahren werden auf Fr. 800.– festgesetzt und ausgangsge- mäss der Beschwerdeführerin auferlegt. Sie werden mit ihrem Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet und sind bezahlt.

19■20

E. 8.2

Der unterliegenden Beschwerdeführerin ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG e contrario).

20■20

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