

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/261 vom 24. September 2015

Sg Versicherungsgericht, 2015-09-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2013_261

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/261 du 24 septembre 2015

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/261 del 24 settembre 2015

Regeste

Art. 7 f. ATSG, Art. 16 ATSG; Beweiseignung und Beweiskraft eines durch die Unfallversicherung eingeholten medizinischen Gutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. September 2015, IV 2013/261).

Erwägungen

E. 1

Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet das Rentenbegehren der Beschwerdeführerin. 1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). 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). 1.2 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente. 1.3 Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit den Invaliditätsgrad bemessen zu können, 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 (BGE 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). 1.4 Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die

Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb). Sofern ein Gutachten lege artis erstellt wurde, kann es nicht angehen, dieses stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben und die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [seit 1. Januar 2007 sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 18. April 2006, I 783/05, E. 2.2 mit Verweis).

1.5 Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a); in diesem Sinn trifft die Verwaltung grundsätzlich auch die Beweisführungslast. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherer den Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass er über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entscheiden kann. Ein Anspruch auf eine "second opinion" zum bereits in einem Gutachten festgestellten Sachverhalt besteht nicht. Die Notwendigkeit der Anordnung eines weiteren Gutachtens ergibt sich aus der Beantwortung der Frage, ob bereits bei den Akten liegende Gutachten die inhaltlichen und beweismässigen Anforderungen an eine zu erstattende ärztliche Expertise erfüllen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Mai 2007, U 571/06, E. 4.1 und 4.2). Von weiteren Abklärungen kann sodann abgesehen werden, wenn Behörde und Sozialversicherungsgericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangen, die weiteren Abklärungen seien nicht geeignet, neue entscheidrelevante Erkenntnisse zu vermitteln (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 162 E. 1d mit Hinweisen).

E. 2

Vorliegend ist somit zu beurteilen, ob das vom Unfallversicherer in Auftrag gegebene Gutachten beweistauglich und beweiskräftig ist, und ob aufgrund der Akten die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und des Invaliditätsgrades erforderlichen medizinischen Tatsachen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erwiesen sind.

E. 3

3.1 Das Gutachten der IB Bern ist nach einer eingehenden psychiatrischen und chirurgisch-traumatologischen Untersuchung der Beschwerdeführerin am 13. November 2012 sowie einer neurologischen Untersuchung am 22. November 2012 ergangen. Es ist in Kenntnis der Vorakten erstellt worden und berücksichtigt die geklagten Beschwerden. Es sind keine Hinweise ersichtlich, dass das Alter von Dr. Q.____ Auswirkungen auf die Qualität seiner Einschätzungen gehabt hätte. Der Gutachter begründet schlüssig und nachvollziehbar, dass keine Anzeichen mehr für ein CRPS vorhanden waren (act. 4.2.92 S. 31 ff.). Weder die chirurgisch-traumatologische noch die neurologische Untersuchung ergab objektive, somatisch-strukturell erklärbare Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit

(act. 4.2.92 S. 40). Entsprechend hat das Versicherungsgericht im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren das Gutachten als schlüssig und nachvollziehbar beurteilt und ihm Beweiswert zuerkannt (Urteil vom 21. Januar 2015, UV 2013/63, E 3.3 und 3.4). In Ergänzung dazu kann darauf hingewiesen werden, dass auch keine Pseudodystrophiezeichen erkennbar waren, was gegen ein anhaltendes und konsequentes Ausschalten bzw. Hängenlassen des linken Arms, sondern für eine partielle Selbstlimitierung spricht (act. 4.2.92 S. 32). Sodann ergab die Bestimmung der Medikamentenspiegel in einer Blutprobe, dass entgegen der Aussagen der Beschwerdeführerin die verordneten Analgetika und das Psychopharmakon aller Wahrscheinlichkeit nach mehrere Tage vor der Untersuchung nicht eingenommen worden waren (act. 4.2.92 S. 34). Damit übereinstimmend hielt die begutachtende Psychiaterin fehlende Anzeichen auf eingenommene Opioidanalgetika fest (act. G 4.2.92 S. 34).

Dr. med. S.____, Facharzt für Innere Medizin und Rehabilitation FMH, RAD, erwähnte als weitere Unstimmigkeit, dass einhändiges Autofahren auch mit einem Auto mit Automatikgetriebe schwierig und nicht zu verantworten wäre. Zusammenfassend könne festgestellt werde, dass aus somatischer Sicht kein Korrelat für einen anhaltenden organischen Gesundheitsschaden vorliege. Daher beschränke sich die Arbeitsunfähigkeit auf die posttraumatische/postoperative Phase nach der Fraktur im April 2010 für einige Wochen und nach der Metallentfernung im März 2011 für ca. einen Monat. Es habe demnach zu keinem Zeitpunkt eine rentenbegründende Arbeitsunfähigkeit bestanden, weder als Laborantin noch in einer anderen adaptierten Tätigkeit (IV-act. 99-2 f.). Zur von Dr. Q.____ gestellten Diagnose der extraartikulären Radiusfraktur (act. G 4.2.92 S. 38) ist zu erwähnen, dass auch der erstbehandelnde Dr. D.____ (IV-act. 62-22 ff.) eine solche diagnostizierte. Erst Dr. J.____ berichtete von einer intraartikulären Radiusfraktur, allerdings nicht durchgehend (IV-act. 62-18 ff.; vgl. IV-act. 45-2); diese Diagnose scheint vom RAD (IV-act. 69-1) und von den weiteren behandelnden Ärzten übernommen worden zu sein. Selbst wenn es sich dennoch um eine intraartikuläre Fraktur handeln sollte, widerlegt dies die gutachterliche medizinische Beurteilung hinsichtlich Anzeichen für ein CRPS nicht, denn das Gutachten stellt nicht auf die Art der Fraktur ab.

3.2 Rückblickend äussert das Gutachten, ein CRPS sei diagnostiziert und mehrfach bestätigt worden. Entsprechende klinische Zeichen wie Schwellung, Rötung oder Überwärmung seien - bei Angabe starker Schmerzen und Funktionsstörung - überhaupt nicht bzw. nur sehr diskret beschrieben worden (vermehrtes Nagel- und Haarwachstum, allerdings an beiden Händen). Die Diagnose eines CRPS sei daher anhand der dokumentierten Befunde nicht zuverlässig nachvollziehbar (act. G 4.2.92 S. 29). Ausgehend von einem typischen Verlauf eines CRPS müsste zudem inzwischen ein so genanntes Stadium III (dystrophes Stadium) vorliegen. Kennzeichnend wären eine pergamentartig wächserne Haut, dystrophe Störungen der Nägel und der Behaarung sowie Unterschiede in Temperatur und Umfang (act. 4.2.92 S. 31).

Dr. D.____ und Dr. J.____ beschreiben in ihren Berichten vom 24. August 2010 und vom 4. Oktober 2010 zwar eine deutlich vermehrte Behaarung im Bereich des distalen Unterarms. In späteren Berichten ist jedoch davon nicht mehr die Rede. Dr. I.____ berichtete am 15. Dezember 2010, es sei keine Schwellung oder Rötung des linken Unterarms oder der linken Hand feststellbar (IV-act. 62-12, 16). PD Dr. M.____ erwähnte in seinem Bericht vom 30. August 2011 eine Neigung zu Ödemen und/oder Schwellung (IV-act. 62-2), wobei aus dem Bericht nicht hervorgeht, ob dieser Vermerk auf seiner eigenen Wahrnehmung oder auf Angaben der Beschwerdeführerin beruhte. Die behandelnden Ärzte des Schmerzzentrums des Kantonsspitals St. Gallen und Dr. T.____ erwähnen in ihren Berichten

vom 7. Mai 2013 (act. G 1.8) bzw. 6. November 2012 (act. G 1.9) zwar die Diagnose des CRPS, beschreiben aber nebst den Schmerzen keine diagnosespezifischen Befunde. Aufgrund dieser Befundlage erscheint der Schluss der Gutachter und von Dr. S.____ nachvollziehbar, dass längerfristig - ausser den angegebenen starken Schmerzen - keine klinischen Hinweise auf ein CRPS vorgelegen haben. Bestärkt wird diese Beurteilung dadurch, dass im September 2011 wegen der Schwangerschaft die Analgetika abgesetzt wurden und die Beschwerdeführerin dennoch im zuvor ausgeübten Pensum von 50 % arbeitsfähig blieb (act. G 4.2.92 S. 29). 3.3 In Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten genügen subjektive Schmerzangaben alleine für die Begründung einer (teilweisen) Arbeitsunfähigkeit nicht. Sie müssen durch korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sein (BGE 130 V 399 E. 5.3.2 mit weiteren Verweisen). Dies war vorliegend nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit während längerer Zeit der Fall. Es ist daher davon auszugehen, dass keine somatischen Beschwerden vorlagen, welche die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin über einen längeren Zeitraum massgeblich einschränkten.

E. 4

4.1 Zu prüfen bleibt, ob aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bejahen ist.

E. 4.2

4.2.1 Dr. B.____ berichtete am 30. Oktober 2010, die Beschwerdeführerin sei nach der Geburt des Sohnes (20____, IV-act. 23-2) stark depressiv geworden. Sie sei sehr niedergeschlagen, ängstlich, innerlich angespannt und zeitweise suizidal gewesen. Aus diesem Grunde sei sie am 22. Oktober 2009 in seine Behandlung gekommen. Als sie sich dann bei einem Sturz am 24. April 2010 eine Fraktur des linken Vorderarms zugezogen habe, habe sich ihr psychischer Zustand erneut verschlechtert. Sie habe sich ganz hilflos gefühlt und Schuldgefühle ihrem Sohn gegenüber gehabt, weil sie sich nicht um ihn kümmern konnte, und sei durch innere Spannungen ganz erschöpft gewesen. Trotzdem sei sie von hartnäckiger Schlaflosigkeit geplagt worden, habe Albträume gehabt und sich nicht beruhigen können. Sie habe die ganze Zeit Angst gehabt, dass ihren Kindern etwas zustossen könnte, und sei deswegen immer sehr unruhig gewesen. Die Beschwerdeführerin sei niedergeschlagen, ängstlich, im Antrieb vermindert, sehr angespannt. Es bestehe auch eine leichte Störung der kognitiven Funktionen. Sie könne sich nicht gut konzentrieren, sei etwas verlangsamt, die Aufmerksamkeit sei reduziert, sie werde schnell müde. Er stellte die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.1) sowie einer generalisierten Angststörung (ICD-10: F41.1) (IV-act. 44). Vorgängig hatte Dr. F.____ in seinem Gutachten vom 24. Juli 2010 den Denkprozess als ohne ein depressionstypisches Zeichen wie etwa Hemmung, Verlangsamung oder Blockaden, inhaltlich recht stark selbstbezogen und stark auf die Überzeugung des eigenen Noch-Krankseins eingefahren beschrieben. Die beklagte Vergesslichkeit habe sich nicht gezeigt. Die Grundstimmung sei hilflos-verunsichert, die Haltung ausgesprochen klagsam. Die affektive Schwingungsfähigkeit erscheine unfrei (vermutlich beträchtliche bewusste Kontrolle), der emotionale Ausdruck rollenangepasst und grundsätzlich unecht. Depressive Schwere habe nicht im Raum gelegen. Suizidale Gedanken habe die Beschwerdeführerin schluchzend bejaht, ohne konkreter darauf einzugehen. Dr. F.____ hatte befunden, die vorliegenden psychopathologischen Befunde liessen sich nicht mit einem noch bestehenden relevanten Zustandsbild in Übereinstimmung bringen (act. G 4.2.41 S. 5 f.). Er hatte eine vermutlich

neben den sonstigen innerfamiliären Belastungsfaktoren auf den Unfall von Ende April 2010 zurückzuführende Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) diagnostiziert. Diese könne er nicht genauer differenzieren, weil er aufgrund fremdanamnestischer Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin Zweifel an der Verlässlichkeit der Angaben der Beschwerdeführerin habe. Eine mittelgradige bis schwere depressive Episode könne er aufgrund des Untersuchungsbefundes mit grösster Wahrscheinlichkeit ausschliessen (act. G 4.2.41 S. 11). Dr. I. ___ diagnostizierte am 15. Dezember 2010 ein begleitendes, depressives Syndrom, postpartal auftretend, verstärkt durch Arbeitsplatzverlust und psychosoziale Belastung. Bei der Beschwerdeführerin bestehe schon seit längerem eine schwierige psychosoziale Belastungssituation mit Krankheit des Ehemannes, die sich letztlich ungünstig auf den Heilungsverlauf auswirke (IV-act. 62-12, 17). In einem Bericht vom 7. Dezember 2011 zuhanden des Unfallversicherers hielt Dr. B. ___ die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Störung (ICD-10: F32.2) im Rahmen einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) sowie einer generalisierten Angststörung fest (ICD-10: F41.1) (act. G 4.2.80). Med. prakt. K. ___ hatte die Beschwerdeführerin bereits am 2. März 2011 untersucht. Am 29. Dezember 2011 beschrieb er seine damals gemachten Beobachtungen als eine zunehmend depressiv ausgelenkte Stimmungslage und starke Existenzängste, Verunsicherungen und Katastrophisierungsideen die Krankheit betreffend. Bei bestehendem CRPS I der linken Hand sei es mittlerweile zu einer Anpassungsstörung mit reaktiver depressiver Verarbeitung gekommen. Aufgrund der Zeitkriterien sei der Übergang in eine leichte depressive Episode zu erwägen. Des Weiteren bestehe eine Generalisierungstendenz im Rahmen einer psychiatrischerseits chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Er stellte die Diagnosen einer Anpassungsstörung mit reaktiver depressiver Verarbeitung und einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sowie die Differenzialdiagnose einer leichten depressiven Episode (ICD-10: F32.0) (IV-act. 73).

4.2.2 Anlässlich der über drei stündigen psychiatrischen Begutachtung schilderte die Beschwerdeführerin auf Nachfrage Einschlafstörungen wegen der Schmerzen und wegen Zukunftssorgen und -ängsten, diffuse Angstgefühle (Druck- und Engegefühl, "Herzklopfen"), Alpträume, Stimmungsschwankungen, Gereiztheit, Nervosität und innere Unruhe. Klinisch fielen eine psychomotorische Unruhe, Besorgnis, Anspannung, Nervosität und dysphorische Herabgestimmtheit auf. Das Spektrum affektiver Tönungen war zum depressiven Pol hin verschoben. Es zeigte sich ein leichtgradig ausgeprägtes ängstlich-depressiv gefärbtes Zustandsbild mit zusätzlicher Beeinträchtigung anderer Gefühlsqualitäten (act. 4.2.92 S. 33 f.). Die Gutachterin hielt fest, die Bestimmung der Medikamentenspiegel in einer Blutprobe habe ergeben, dass ein Nachweis der Einnahme der Schmerzmittel und des Antidepressivums fehle. Zudem seien demonstrative Tendenzen aufgefallen. Die diagnostischen Kriterien für eine mittelgradige depressive Störung seien gegenwärtig nicht erfüllt; die geforderten Symptome lägen weder in der Zusammensetzung noch in nötiger Ausprägung vor. Psychopathologisch fehle es an einer depressiven Denkverlangsamung oder -hemmung, an einer Antriebshemmung oder -verminderung und einer Affektstarre oder -verminderung. Der Längsverlauf der depressiven Symptomatik - diese habe vor dem Hintergrund langjähriger erheblicher psychosozialer Belastungen sehr wahrscheinlich schon seit mehreren Jahren bestanden und sei anhaltender Natur - lasse allerdings den typischen episodischen Charakter vermissen. Die von Dr. B. ___ gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung sei deshalb nicht ausreichend abgestützt. Die Diagnose der generalisierten Angststörung hätte gemäss ICD-10-Kriterien

gar nicht gleichzeitig mit derjenigen einer depressiven Episode / Störung gestellt werden dürfen. Anamnestisch stehe die Angstsymptomatik gegenüber der depressiven Symptomatik deutlich im Vordergrund. Die geschilderten und beobachteten Symptome passten zu einer generalisierten Angststörung, welche reaktiv sei und sehr wahrscheinlich auf die psychosozial belastenden Jahre vor dem Unfall zurückgehe. Die angegebene ängstlich-depressive Symptomatik lasse sich am ehesten als Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion bei anhaltender psychosozialer Belastungssituation verstehen. Die psychosoziale Belastungssituation bestehe seit vielen Jahren und sei erheblich. Zu nennen sei die Schizophrenie des Ehemannes mit aggressiven Zuständen. Diese habe zur temporären Trennung des Ehepaares geführt; die Beschwerdeführerin sei in dieser Zeit alleinerziehend und vollzeitlich arbeitstätig gewesen. Das Ehepaar habe dann wieder zusammen gefunden, und kurz darauf sei die Beschwerdeführerin ungeplant mit ihrem zweiten Kind schwanger geworden. Der Ehemann sei IV-Rentner, und es bestünden auch finanzielle Sorgen. Die Symptomatik sei nicht abgeklungen bzw. habe sich verstärkt, wenn die psychosozialen Belastungen sich zugespitzt oder die Umstände sich geändert hätten (ungeplante Schwangerschaft und Geburt des zweiten Kindes, Kündigung der Arbeitsstelle). Dr. F. ___ und med. prakt. K. ___ hätten im Juli 2010 bzw. im März 2011 noch eine Anpassungsstörung diagnostiziert. Erst fast zwei Jahre nach dem Unfall seien die psychischen Beschwerden in den Vordergrund gerückt. Dem fortdauernden und anhaltenden leichten depressiven Zustand entspreche die Diagnose der Dysthymie, wobei diese Störung aus der unfallunabhängigen, vorbestehenden Anpassungsstörung infolge der langjährigen, anhaltenden psychosozialen Belastungen hervorgegangen sei. Mit Blick auf das chronische Schmerzsyndrom sei eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren denkbar. Diese sei eine Unterform der somatoformen Schmerzstörung und beruhe auf einer psychischen Fehlverarbeitung von Schmerzen mit somatischem Ausgangspunkt. Gegen diese Diagnose sprächen allerdings die (im Zusammenhang mit den somatischen Beschwerden erörterten) deutlichen Hinweise auf eine willkürlich, bewusstseinsnah und zielgerichtet gesteuerte Selbstlimitierung im Rahmen der Begutachtung. Am wahrscheinlichsten sei im Zusammenhang mit langjährigen und erheblichen psychosozialen Belastungen und der vorbestehenden psychischen Störung (Depression, Angst) und mit den fortgesetzten ärztlichen Behandlungen und Diagnosen eine psychische Fehlverarbeitung eingetreten. Diese sei durch den sekundären Krankheitsgewinn weiter gefördert und aufrechterhalten worden. Als Diagnose liege eine Entwicklung körperlicher Symptome (Ausbildung einer Pseudodystrophie der linken oberen Extremität) aus psychischen Gründen (ICD-10: F68.0) vor. Mit dieser könne keine Leistungsminderung begründet werden (act. 4.2.92 S. 34 ff.). Aufgrund der Dysthymie und der generalisierten Angststörung bestehe eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit von 20 % (act. G 4.2.92 S. 33 ff.). Dr. med. U. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH nahm am 25. Januar 2013 für den RAD Stellung. Das psychiatrische Gutachten sei umfassend, in Kenntnis der Vorakten erstellt worden, berücksichtige die geklagten Beschwerden und sei in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge, der medizinischen Schlussfolgerungen und der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar. Es könne darauf abgestellt werden. Ab dem 20. Juli 2010 (Begutachtung Dr. F. ___) habe gemäss der Aktenlage keine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen mehr bestanden. Mit hoher Wahrscheinlichkeit könne ab spätestens März 2011 eine durchgehende 20 %ige Leistungsverminderung als ausgewiesen gelten (IV-act. 99-4). 4.3 Das psychiatrische Teilgutachten von Dr. V. ___ beruht auf einer umfassenden, mehr als

dreistündigen Untersuchung (act. G 4.2.92 S. 33 f.). Es setzt sich mit den anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin und den medizinischen Akten ausführlich auseinander und begründet die Diagnosen schlüssig und nachvollziehbar. Auf das psychiatrische Teilgutachten ist somit abzustellen, d.h. zum Zeitpunkt der Begutachtung lagen keine rentenrelevanten psychischen Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit vor. Retrospektiv äussert sich das Gutachten zwar nicht direkt zur Arbeitsfähigkeit. Die Gutachterin zeigt jedoch überzeugend auf, dass bzw. weshalb die Diagnosen von Dr. B.____ nicht hinreichend fundiert sind (fehlendes episodisches Auftreten, gegenseitiger Ausschluss gestellter Diagnosen), und dass Dr. F.____ und med. prakt. K.____ entsprechend eine Anpassungsstörung und nicht eine Depression diagnostizierten. Auch hat sie festgestellt, dass sich die depressiven Beschwerden anamnestisch bereits während der Schwangerschaft mit dem im August 20__ geborenen Sohn verstärkt hätten, weshalb keine klassische (episodische) postpartale Depression vorgelegen habe (act. 4.2.92 S. 28). Andererseits begab sich die Beschwerdeführerin erst im Oktober 2009 in psychiatrische Behandlung; zu diesem Zeitpunkt hatte sie offenbar auch von der beabsichtigten Kündigung des Arbeitsverhältnisses durch ihre damalige Arbeitgeberin erfahren (IV-act. 20-8). Das Gutachten von Dr. F.____ berücksichtigt die anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin und die vorhandenen Akten und ist schlüssig und nachvollziehbar. Der Bericht von med. prakt. K.____, der die Beschwerdeführerin ebenfalls untersucht und die depressive Beeinträchtigung als im Rahmen einer Anpassungsstörung bestehend und differenzialdiagnostisch als leicht beurteilt, ist plausibel. Dafür, dass sich eine depressive Störung bzw. Episode erst nach der Begutachtung durch Dr. F.____ am 24. Juli 2010 bis zur Berichterstattung von Dr. B.____ am 30. Oktober 2010 entwickelt bzw. verstärkt hätte und zwischen diesem Bericht von Dr. B.____ und der Untersuchung durch med. prakt. K.____ am 2. März 2011 wieder abgeklungen wäre, ergeben sich aus der Anamnese keine Hinweise. Dies legt nahe, dass die Beurteilungen von Dr. B.____ - verständlicherweise - von seiner Sicht als Behandler geprägt sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. September 2009, 9C_661/2009, E. 3.2; BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Auf die Arbeitsfähigkeitsschätzungen von Dr. B.____ bzw. auf seine Diagnosestellung kann daher nicht abgestellt werden. Vielmehr ist überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass nach der Begutachtung durch Dr. F.____ keine massgeblichen längerfristigen psychischen Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit (mehr) vorgelegen haben, insbesondere nicht eine mittelschwere oder schwere depressive Episode oder Störung. Die von Dr. V.____ attestierte und vom RAD bestätigte 20 %ige Arbeitsunfähigkeit wegen Dysthymie und einer generalisierten Angststörung vermag keinen Rentenanspruch zu begründen.

E. 5

5.1 Zusammenfassend ist somit auf das Gutachten des IB Bern abzustellen. Der medizinische Sachverhalt ist damit rechtsgenügend geklärt, so dass sich weitere medizinische Abklärungen erübrigen. Die Beschwerde ist nach dem Gesagten abzuweisen.

5.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Nach Art. 95 Abs. 1 VRP hat in Streitigkeiten jener Beteiligte die Kosten zu tragen, dessen Begehren ganz oder teilweise abgewiesen werden. Angesichts des vollen Unterliegens der Beschwerdeführerin sind ihr die Gerichtskosten unter Anrechnung des von ihr in selbiger Höhe geleisteten Kostenvorschusses gesamthaft aufzuerlegen. 5.3 Aufgrund des Ausgangs des Verfahrens ist der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung

zuzusprechen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- unter Anrechnung des von ihr geleisteten Kostenvorschusses in gleicher Höhe zu bezahlen.

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