

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/453 vom 1. April 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-04-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_453

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/453 du 1 avril 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/453 del 1 aprile 2020

Regeste

Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Auf das beweiskräftige polydisziplinäre Gutachten ist abzustellen. Für die von den Gutachtern nicht beurteilbare Zeit vor der Begutachtung ist auf die Arbeitsfähigkeitsatteste der behandelnden Ärzte abzustellen. Hinsichtlich der geleisteten Überstunden kann von einem hypothetischen Wert ausgegangen werden, da sich der Rentenanspruch sogar bei höheren Abweichungen gegen oben wie unten nicht ändern würde. Insgesamt ist ein befristeter Rentenanspruch zu bejahen (Entscheidung des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 1. April 2020, IV 2017/453). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C_358/2020.

Volltext

Entscheidung vom 1. April 2020 Besetzung Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Karin Huber-Studerus und Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer Geschäftsnr. IV 2017/453 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Advokat Dr. iur. Thomas Wyler, Kirschgartenstrasse 7, Postfach 235, 4010 Basel, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich am 12. Oktober 2013 bei der IV-Stelle zur Früherfassung (IV-act. 1) und mit Formular vom 11. November 2013 wegen Sarkoidose zum Leistungsbezug an (IV-act. 7). Ihr Hausarzt Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Innere und Allgemeine Medizin, hielt im Ärztlichen Bericht vom 26. November 2013 fest, es handle sich um eine aktive Sarkoidose mit Erstdiagnose im Juli 2011. Seit 12. August 2013 bestehe bis auf Weiteres eine Arbeitsfähigkeit von 50%. Die Versicherte leide unter Ermüdung, Belastungsdyspnoe, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie Arthralgie v.a. der Hände (IV-act. 15-1). Am 30. Januar 2014 vereinbarte die IV-Stelle mit der Versicherten einen Eingliederungsplan mit dem Ziel des Arbeitsplatzerhalts bei der langjährigen Arbeitgeberin, der C.____ AG (nachfolgend: Arbeitgeberin; IV-act. 25). Prof. Dr. med. D.____, Klinik für Pneumologie und Schlafmedizin, Kantonsspital St. Gallen (KSSG), hielt im Arztbericht vom 11. März 2014 fest, mittelfristig scheine es der Versicherten möglich, einen Arbeitsaufbau durchzuführen. Die Sarkoide Aktivität habe nachgelassen, es sei ein progredienter Arbeitsaufbau von 50% - 60% - 80% - 100% zu empfehlen (IV-act. 45-6). Im Verlaufsprotokoll vom 2. April 2014 hielt die Eingliederungsverantwortliche fest, dass der angestammte Arbeitsplatz mit einem Pensum von 50% Präsenzzeit (gemessen an einem vollen Arbeitspensum) mit einer vollen Arbeitsleistung während dieser Präsenzzeit habe erhalten werden können. Die Beratung und Unterstützung beim Arbeitsplatzerhalt werde in Absprache mit der Versicherten abgeschlossen (IV-act. 32-2). In der Mitteilung vom 11. April 2014 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen werde abgewiesen, da

keine weiteren beruflichen Massnahmen notwendig seien (IV-act. 35). Im Beiblatt zum Arztbericht vom 30. Juli 2014 befand Dr. B.____, der Versicherten sei es zumutbar, vier Stunden pro Tag max. zu 100% als Hochbautechnikerin zu arbeiten (IV-act. 41-7). Am 28. November 2014 berichteten die Ärzte der Klinik für Psychosomatik des KSSG, der grösste Leidensdruck bestehe bei der Versicherten neben den Gelenkschmerzen in der Müdigkeit, die sie als bleierne Schwere in den Extremitäten beschreibe. Sie diagnostizierten nebst der chronischen Sarkoidose eine chronische Müdigkeit sowie eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2; IV-act. 47-4f.). Mit Bericht vom 16. Januar 2015 attestierte der Hausarzt eine Arbeitsfähigkeit von 60% (5h pro Tag; IV 47-2). RAD-Ärztin Dr. med. E.____ befand den Gesundheitszustand noch als besserungsfähig, weshalb abzuwarten sei (Stellungnahme vom 2. Februar 2015, IV-act. 49). Im Bericht vom 10. März 2015 hielt die behandelnde Psychotherapeutin des KSSG fest, die Versicherte könne das Pensum von 50% knapp bewältigen. Ein Versuch, die Erwerbstätigkeit auf 60% zu steigern, habe zur Überforderung geführt, wobei Freizeit- und Haushaltsbereich sowie die sozialen Aktivitäten stark zurückgefahren worden seien (IV-act. 54-6). Ab 28. Oktober 2015 wurde die Versicherte erneut zu 100% arbeitsunfähig geschrieben, da sie wieder einen Krankheitsschub erlitt (IV-act. 64, 67). In der Folge fand vom 8. Januar bis 4. Februar 2016 ein stationärer Aufenthalt im Reha Zentrum F.____ statt (IV-act. 78). Dieser habe insgesamt einen positiven Verlauf gezeigt. Der Versicherten wurde für zwei Wochen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, wobei im Verlauf eine Wiedereingliederung in den Arbeitsalltag zu evaluieren sei (Definitiver Austrittsbericht vom 15. Februar 2016: IV-act. 81-9ff.). Am 29. Februar 2016 startete die Versicherte ihre Arbeit wieder mit einem 20%-Pensum (IV-act. 81-7). Gestützt auf die RAD-Empfehlung vom 24. Mai 2016 (IV-act. 95) wurde die Versicherte am 10., 12. und 19. Oktober 2016 polydisziplinär (allgemein medizinisch, neuropsychologisch, pneumologisch und psychiatrisch) durch Gutachter der medexperts AG begutachtet. Im Gutachten vom 14. November 2016 befanden sie die Versicherte aus rein psychiatrischer Sicht aktuell zu 20% arbeitsunfähig in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit. Aus Sicht der übrigen Disziplinen bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (IV-act. 104-57). RAD-Ärztin Dr. E.____ befand das Gutachten als umfassend und nachvollziehbar (IV-act. 106). Mit Vorbescheid vom 22. November 2016 stellte die IV-Stelle in Aussicht, das Leistungsbegehren der Versicherten abzuweisen (IV-act. 110). Dagegen liess die Versicherte durch Rechtsanwalt Dr. iur. Th. Wyler, Basel, am 1. Februar 2017 Einwand erheben und weitere Arztberichte einreichen (IV-act. 117). Gestützt auf den Einwand empfahl RAD-Ärztin Dr. E.____, das Einwandschreiben den Gutachtern zur Stellungnahme zu unterbreiten (IV-act. 124). Dem kamen Dr. med. G.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. H.____, Facharzt Pneumologie, mit Schreiben vom 31. März 2017 nach. Sie hielten an den bisherigen Beurteilungen im Gutachten fest (IV-act. 126). Mit Schreiben vom 15. September 2017 beantragte die Versicherte im Rahmen einer zweiten Anhörung weiterhin die Zusprache einer Invalidenrente sowie, dass nicht auf das medexperts-Gutachten abzustellen sei. Es sei vielmehr ein Obergutachten einzuholen (IV-act. 152). Am 8. November 2017 verfügte die IV-Stelle eine Abweisung des Leistungsbegehrens gestützt auf einen IV-Grad von 20% (IV-act. 158). Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 11. Dezember 2017 mit dem Antrag auf deren Aufhebung und auf Zusprache einer halben IV-Rente ab Mai 2014 sowie einer ganzen Rente ab Juni 2016; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin macht im Wesentlichen geltend, auf Grund von Widersprüchen und Unstimmigkeiten könne nicht auf das Gutachten der medexperts

abgestellt werden. Daher werde für den Fall, dass das Gericht nicht auf die zahlreich vorhandenen bisherigen medizinischen Akten abstellen wolle, die Einholung eines Obergutachtens beantragt (act. G 1). Mit Beschwerdeantwort vom 31. Januar 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeabweisung (act. G 4). Mit Replik vom 9. April 2018 hält die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. Des Weiteren reicht sie eine fachärztliche Beurteilung von Prof. D.____ ein (vgl. act. G 9.1), wonach gemäss einem Fachartikel bei 47% der Sarkoidose-Fälle auch die Kriterien für das Vorliegen eines Chronic Fatigue Syndroms vorliegen würden. Zudem sei der behandelnde Arzt davon überzeugt, dass das Chronic Fatigue Syndrome eindeutig im Zusammenhang mit der Diagnose der Sarkoidose stehe, obwohl eine Entzündungsaktivität derzeit nicht mehr im Vordergrund stehe. Entsprechend werde am Antrag auf Einholung eines Obergutachtens festgehalten (act. G 9). Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf die Einreichung einer Duplik (act. G 11). Mit Schreiben vom 28. Oktober 2019 reicht der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin weitere Arztberichte ein (act. G 13). Erwägungen Vorliegend ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung streitig. 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]). 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). Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50% invalid ist, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40% invalid ist. Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit die Erwerbsunfähigkeit bzw. den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung bzw. das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung stellen. Aufgabe des Arztes bzw. der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeit die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die Versicherungsträger und das Gericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend ist und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a). Vorab ist zu prüfen, ob die vorliegende

medizinische Aktenlage für eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausreichend ist und die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das polydisziplinäre Gutachten von medexperts abgestellt hat. Gestützt auf ihre Begutachtung diagnostizierten die medexperts-Gutachter aus polydisziplinärer Sicht mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung (DSM-V: 309.4). Als Nebendiagnosen, welche keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirkten, hielten sie folgende fest: eine Aminopenicillin-Allergie, eine Neurasthenie (ICD-10: F48.0), eine chronische Sarkoidose, pulmonales Stadium II, ED 07/2011, mit zervikaler, mediastinaler und retroperitonealer Lymphadenopathie, bei Status nach vier Schüben mit progredienter zervikaler Lymphadenopathie, einmalig mit ACE-Erhöhung und Hyperkalziurie, ohne Hinweise auf relevante Organdefizite, weder pulmonal noch in anderen Organen und mit chronischer Müdigkeit, partiell mit Sarkoidose assoziiert (?), weiter einen kleinen Leberherd unklarer Dignität im Segment VI (ED 07/2011), eine leichte chronische Gastritis (ED 10/13) sowie einen latenten Eisenmangel, der immer wieder substituiert werde (IV-act. 104-51). Zur aktuellen gesundheitlichen Situation und Begründung der hauptgutachterlichen und polydisziplinären Diagnosefindung führten die Gutachter aus, wenn man die chronische Müdigkeit ausklammere, welche ja höchstwahrscheinlich multifaktoriell bedingt sei, müsse aus rein pneumologischer Optik in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Diese Einschätzung gelte seit der Erstdiagnose der Sarkoidose, also seit Juli 2011. Im Gegensatz zur Tumor-assoziierten Müdigkeit bleibe der Stellenwert der Sarkoidose-assoziierten Müdigkeit diffus. Der Gutachter wage jedenfalls nicht die Aussage, dass die Müdigkeit der Beschwerdeführerin ausschliesslich oder hauptsächlich mit der Sarkoidose assoziiert und deshalb die Arbeitsunfähigkeit von derzeit 80% somatisch hinreichend zu begründen sei. Aus allgemein-internistischer Sicht hätten sich keine Erkrankungen von Relevanz und mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gefunden. Bezüglich des Leberherdes befinde sich die Beschwerdeführerin in regelmässigen gastroenterologischen Kontrollen. Das Eisenmangel-Defizit werde adäquat behandelt (IV-act. 104-52). Die Standardindikatoren wurden sodann folgendermassen diskutiert: Die Beschwerdeführerin imponiere lebensgeschichtlich sowie in der Exploration als beruflich fokussiert und grundsätzlich ehrgeizig sowie auch von Erfolg "gekrönt". So habe sie sich stetig weiter- und ausgebildet sowie emporgearbeitet und sei zuletzt seit 2010 Geschäftsleitungsmitglied und Teilhaberin eines Architekturbüros in Zürich gewesen. Durch die Sarkoidose-Erkrankung zeige sich hinsichtlich dieser (beruflichen) persönlichen Werteorientierung ein Einschnitt. Aus psychiatrischer Sicht imponiere die Beschwerdeführerin im Explorationsverlauf gesamthaft affektiv euthym ohne Zeichen einer depressiven Symptomatik. So habe sie sowohl in der psychiatrischen Exploration als auch der neuropsychologischen Testung gut schwingungsfähig imponiert. Ein Anhalt für eine Dissimulation finde sich aus gutachterlicher Sicht nicht. Trotzdem zeige sich bei der Beschwerdeführerin glaubhaft ein Leidensdruck durch ihre Situation. Dies zeige sich teilweise in einer kurz affektiv aufflackernden Reaktion bei für sie belastenden Themen wie aktuelle berufliche Tätigkeit in Form einiger kurzer Tränen, die sich im Gesprächsverlauf jedoch schnell wieder gelegt hätten (IV-act. 104-53). Auch im Rahmen der neuropsychologischen Testung durch dipl. Psych. I.____ zeigten sich keine testpsychologischen Anhaltspunkte für eine depressive Störung. So habe die Beschwerdeführerin im ersten Teil deutlichere Auffälligkeiten gezeigt als im zweiten Teil (praktisch unauffällige Ergebnisse). Dies sei aus neuropsychologischer und aus psychiatrischer Sicht nicht klar passend zu einem (auch von der

Beschwerdeführerin berichteten) Ermüdungsprozess. Zudem habe die Beschwerdeführerin bei anspruchsvolleren Aufgaben teils unauffällige oder überdurchschnittliche Ergebnisse gezeigt, so dass insgesamt das Testprofil nicht plausibel erscheine. Aus neuropsychologischer Sicht könne anhand dieser Ergebnisse nicht sicher davon ausgegangen werden, dass die vorliegenden Testbefunde die eigentliche Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin wiedergegeben hätten bzw. es könne eine teilweise verminderte Anstrengungsbereitschaft oder Verdeutlichung der Beschwerden insgesamt nicht ausgeschlossen werden. Insgesamt habe sich in der neuropsychologischen Testung kein konstanter Anhalt für psychiatrisch-störungstypische bzw. spezifische Auffälligkeiten oder für eine zunehmende Müdigkeit während der Testung gezeigt (IV-act. 104-53). Im Verlauf werde in den Berichten diagnostisch mehrfach eine Anpassungsstörung angeführt. Im ICD-10 heisse es zu Anpassungsstörungen: "Hier handelt es sich um Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung, die soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung, nach einem belastenden Lebensereignis oder bei Vorhandensein oder der drohenden Möglichkeit von schwerer körperlicher Krankheit auftreten... Die Belastung kann dabei nur den Einzelnen oder auch seine Gruppe oder Gemeinde betreffen. Die individuelle Disposition oder Vulnerabilität spielt bei möglichem Auftreten und bei der Form der Anpassungsstörung eine grössere Rolle als bei den anderen Krankheitsbildern von F43; es ist aber dennoch davon auszugehen, dass das Krankheitsbild ohne die Belastung nicht entstanden wäre. Die Anzeichen sind unterschiedlich und umfassen depressive Stimmung, Angst, Besorgnis (oder eine Mischung von diesen), ein Gefühl, unmöglich zurechtzukommen, vorausplanen oder in der gegenwärtigen Situation fortfahren zu können, ferner eine Einschränkung bei der Bewältigung der alltäglichen Routine. Der Betroffene kann sich so fühlen, als stehe er kurz vor dramatischem Verhalten oder Gewaltausbrüchen, wozu es aber selten kommt... Die Störung beginnt im Allgemeinen innerhalb eines Monats nach dem belastenden Ereignis oder der Lebensveränderung. Die Symptome halten meist nicht länger als sechs Monate an, ausser bei der längeren depressiven Reaktion." Grundsätzlich zeige sich diese Diagnose einer Anpassungsstörung für die Beschwerdeführerin passend, zumal bis zur Erkrankung an Sarkoidose keine psychiatrischen Störungen oder ausgeprägten Symptome von der Beschwerdeführerin berichtet und auch in den Akten nicht aufgeführt worden seien. Auch habe der Karriereverlauf der Beschwerdeführerin keine psychiatrisch störungsspezifischen Auffälligkeiten oder Leistungseinbussen oder -knicken gezeigt. Andererseits zeige sich aktuell ein gewisser Leidensdruck als gegeben. Hinsichtlich der zeitlichen Kriterien gebe es jedoch aus gutachterlicher Sicht für die Diagnosestellung gemäss ICD-10 eine Limitation, da eine Anpassungsstörung maximal sechs Monate, eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion maximal zwei Jahre dauere. Dies sei aus gutachterlicher Sicht bei der Beschwerdeführerin anhand der zeitlichen Angaben überschritten, zumal als spätester Symptombeginn gemäss den Akten 10/2014 angesehen werden könne und dies mit dem Begutachtungszeitpunkt 10/2016 somit die zwei Jahre überschreite. Zudem werde symptomatisch von der Beschwerdeführerin eine Müdigkeit und Nervosität angegeben, jedoch zeige sich keine ausgeprägte bzw. typische depressive Symptomatik, sodass auch grundsätzlich von einer Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (F43.25) ausgegangen werden könnte, jedoch dafür das Zeitkriterium mit maximal sechs Monaten anzuwenden wäre, sodass diese Störung nach ICD-10 nicht diagnostiziert werden könne. Benutze man hingegen das Diagnostische Manual DSM-V, so

fänden sich dort die zeitlichen diagnostischen Kriterien für eine Anpassungsstörung anders definiert. Gemäss DSM-V sei eine Anpassungsstörung mit einem längeren Verlauf (länger als sechs Monate) als chronische bzw. anhaltende Anpassungsstörung diagnostisch beschrieben und ohne zeitliche Limitation von maximal zwei Jahren definiert, sodass die Diagnose einer Anpassungsstörung (DSM-V 309.4) für die Beschwerdeführerin nach DSM-V (insbesondere der Zeitkriterien) somit möglich sei (IV-act. 104-53f.). Von der Persönlichkeit imponiere die Beschwerdeführerin grundsätzlich als pflichtbewusst und leistungsorientiert. Für eine Persönlichkeitsstörung oder akzentuierte Persönlichkeitszüge zeigten sich in der Exploration keine Anhaltspunkte, insbesondere nicht für eine histrionische Persönlichkeitsstörung oder histrionische Anteile oder anankastische. Ebenso habe sich bei der Beschwerdeführerin kein Anhalt für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) gemäss den ICD-10 Kriterien gezeigt. Auch für eine Angst- oder Zwangsstörung hätten sich keine psychopathologischen Anhaltspunkte gezeigt, ebenso nicht für eine Essstörung, eine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis oder eine posttraumatische Belastungsstörung. Aus psychiatrischer Sicht habe sich somit eine Neurasthenie (ICD-10: F48.0) als wahrscheinlich gezeigt. Diese heute nur noch selten diagnostizierte Störung definiere sich wie folgt: ..."Zwei Hauptformen unterscheiden sich dabei weitgehend. Bei einer Form ist das Hauptcharakteristikum die Klage über vermehrte Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen, häufig mit einer abnehmenden Arbeitsleistung oder Effektivität bei der Bewältigung täglicher Aufgaben. Die geistige Ermüdbarkeit werde typischerweise als unangenehmes Eindringen ablenkender Assoziationen oder Erinnerungen beschrieben, als Konzentrationsschwäche oder als allgemein ineffektives Denken. Bei der anderen Form liege das Schwergewicht auf Gefühlen körperlicher Schwäche und Erschöpfung nach nur geringer Anstrengung, begleitet von muskulären oder anderen Schmerzen und der Unfähigkeit, sich zu entspannen. Bei beiden Typen fänden sich eine ganze Reihe von anderen unangenehmen körperlichen Empfindungen wie Schwindelgefühle, Spannungskopfschmerzen, Gefühl einer allgemeinen Unsicherheit. Sorge über abnehmendes geistiges und körperliches Wohlbefinden, Reizbarkeit, Freudlosigkeit und unterschiedliche, leichtere Grade von Depression und Angst seien üblich. Der Schlaf sei häufig in den anfänglichen und mittleren Phasen gestört, es könne aber auch eine Hypersomnie im Vordergrund stehen." Aus gutachterlicher Sicht erfülle die Beschwerdeführerin die Charakteristika der Klage über vermehrte Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen sowie eine abnehmende Arbeitsleistung oder Effektivität bei der Bewältigung täglicher Aufgaben, sowie das Gefühl körperlicher Schwäche und Erschöpfung nach nur geringer Anstrengung und die Unfähigkeit, sich zu entspannen, bei Reizbarkeit und Hypersomnie. Dies zeige sich auch in den fremdanamnестischen Berichten, in denen u.a. von Therapiezielen der Entspannung und der Hypersomnie berichtet werde. Weiter erfülle die Beschwerdeführerin nach der diagnostischen Leitlinie nach ICD-10 die Symptome der anhaltenden und quälenden Klagen über gesteigerte Ermüdbarkeit nach geistiger Anstrengung und über körperliche Schwäche und Erschöpfung nach geringsten Anstrengungen sowie die Schlafstörungen, die Unfähigkeit zu entspannen und die Reizbarkeit. Zudem seien, wie in den vorherigen Absätzen ausgeführt, keine Kriterien für eine depressive Störung gegeben. Sodann führten die Gutachter aus, dass gemäss ICD-10 in vielen Ländern Neurasthenie nicht mehr allgemein als diagnostische Kategorie verwendet werde. Trotzdem gebe es eine kleine Anzahl von Fällen, die der Beschreibung mehr entspreche als jedem anderen neurotischen Syndrom. Jedoch sollte zuerst eine depressive Erkrankung oder eine Angststörung ausgeschlossen werden. Das entscheidende

Kennzeichen des Syndroms sei der Akzent, den der Patient auf Ermüdbarkeit und Schwäche lege und seine Sorge über die verminderte geistige und körperliche Leistungsfähigkeit im Gegensatz zu den somatoformen Störungen, bei denen körperliche Beschwerden und Beschäftigung mit körperlicher Krankheit das Bild beherrschte. Wenn sich das neurasthenische Syndrom im Anschluss an eine körperliche Krankheit entwickle, sei die Diagnose ebenso zu dokumentieren. Aus gutachterlicher Sicht seien diese Überlegungen zu Differentialdiagnosen bei der Beschwerdeführerin zur Diagnosestellung erfüllt, insbesondere da eine depressive Störung und eine Angststörung hätten ausgeschlossen werden können (IV-act. 104-54f.). Hinsichtlich des sozialen Kontextes befanden die Gutachter, die Beschwerdeführerin imponiere mit einer grundsätzlich guten lebenspraktischen und kommunikativen Kompetenz ausgestattet, auch wenn sie durch ihr Schlafverhalten dies nicht ausgeprägt umsetze. Der berufliche Ausbildungsstand werde von ihr selbst als gut angesehen. Sie beschreibe dadurch, auf Grund ihres aktuellen Zustandsbildes sehr unter einem inneren Druck zu stehen. Grundsätzlich zeige sich die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht in der Lage, nach ihren Möglichkeiten für ihre Interessen einzustehen und diese auch durchzusetzen. Limitierend werde dabei von ihr ihre Müdigkeit angeführt. Hinsichtlich der komplexen Ich-Funktionen würden sich an dieser Stelle die Aspekte Realitätsprüfung und Urteilsbildung sowie die Beziehungsfähigkeit und Kontaktgestaltung als klar gegeben bzw. ressourcenmässig verfügbar zeigen (IV-act. 104-56). Betreffend die Behandlungsmöglichkeiten sei insbesondere anhand des Verlaufs nicht völlig nachvollziehbar, weswegen bisher keine antriebssteigernde psychopharmakologische Therapie begonnen oder probiert worden sei. Prognostisch ungünstig sei dabei aus gutachterlicher Sicht zudem, dass sich die Beschwerdeführerin im Zuge der Begutachtung reserviert bis ablehnend hinsichtlich einer medikamentösen Unterstützung geäußert habe. Dies stehe teils auch im Widerspruch zum geäußerten Wunsch, wieder ihre Leistungsfähigkeit zu verbessern. Aus gutachterlicher Sicht wäre eine solche Medikation beispielsweise in Form von antriebssteigernden Antidepressiva wie etwa Venlafaxin oder Bupropion zu probieren und evaluieren, insbesondere nach knapp zwei Jahren ambulanter Psychotherapie in engmaschiger Frequenz und mit bisher nur wenigen Fortschritten. Eine solche antidepressive Medikation zusätzlich zur Psychotherapie wäre aus gutachterlicher Sicht der Beschwerdeführerin zumutbar, auch wenn sie keine diagnostischen Kriterien für eine depressive Störung erfülle, da Antidepressiva trotz der Namensbezeichnung auch für eine Vielzahl anderer psychischer Störungen eingesetzt würden (IV-act. 104-56). Zur Konsistenz hielten die Gutachter fest, dass sich im rund 90-minütigen psychiatrischen Explorationsgespräch und der neuropsychologischen Testung Auffälligkeiten gezeigt hätten, die nicht vollkommen konsistent imponierten, so dass die neuropsychologischen Testergebnisse nicht als valide eingeschätzt und eine teilweise verminderte Anstrengungsbereitschaft oder Verdeutlichung der Beschwerden nicht hätten ausgeschlossen werden können. Ein sicherer Anhalt für eine Simulation oder eine Dissimulation bzw. für eine ausgeprägte Aggravationstendenz sei somit nicht komplett ausgeschlossen, könne jedoch auch nicht mit absoluter Gewissheit angenommen werden (IV-act. 104-56). Bezüglich der Handicaps und erhaltenen Funktionen/Ressourcen befanden die Gutachter, dass die Beschwerdeführerin gemäss Mini-ICF-APP mehrheitlich nicht bzw. leicht bis mässig beeinträchtigt sei und sich gute und erhaltene Funktionen und Ressourcen zeigen würden. Die vorhandenen Handicaps belegten keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit oder Invalidisierung. Als Fähigkeiten gemäss Mini-ICF wurde festgestellt, dass keine Beeinträchtigungen hinsichtlich der Planung und

Strukturierung von Aufgaben, der Kompetenz- und Wissensanwendung, der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit und der Gruppenfähigkeit, sowie der Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten und der Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen, sowie der Mobilitäts- und Verkehrsfähigkeit und der Anpassung an Regeln und Routinen bestünden. Eine leicht bis mässig ausgeprägte Beeinträchtigung bestehe hinsichtlich der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, der Selbstpflege und Selbstversorgung, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Proaktivität und Spontaneität (IV-act. 104-44). Insgesamt sei die Beschwerdeführerin somit aus rein psychiatrischer Sicht zurzeit in ihrer bisherigen aber auch in einer adaptierten Tätigkeit zu 20% arbeitsunfähig. Diese Einschätzung erfolge nicht nur diagnose- bzw. symptombasiert, sondern anhand der erhaltenen Funktionen sowie Ressourcen bzw. anhand vorhandener Handicaps auch unter Berücksichtigung des Mini-ICFs (IV-act. 104-56). Aus neuropsychologischer, allgemein-internistischer und pneumologischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Dies zumindest seit dem Begutachtungszeitpunkt (IV-act. 104-57). Die Beschwerdeführerin rügt am Gutachten, dass trotz der gutachterlichen Feststellung, bei 50-70% aller Sarkoidose-Patienten spiele chronische Müdigkeit eine dominierende Rolle und könne die Lebensqualität massiv negativ beeinflussen, vorliegend die chronische Müdigkeit nicht auf die Sarkoidose zurückgeführt werde. Auch bleibe nicht nachvollziehbar, dass die Müdigkeit "multifaktoriell" bedingt sein könne. Schliesslich werde ausgeklammert, wie und in welchem Umfang sich die chronische Müdigkeit auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (act. G 1 Ziff. 60ff.). Die Beschwerdeführerin verweist zudem in der Replik auf die Stellungnahme von Prof. D. ___ vom 26. Februar 2018 (act. G 9.1), worin dieser festhielt, dass bei ihr eine dreijährige dokumentierte Entzündungsaktivität der Sarkoidose vorgelegen habe. Ab dem 29. Juli 2014 bis dato sei keine Entzündungsaktivität mehr festgestellt worden. Daher bestehe keine Indikation zu einer systemischen Therapie der Sarkoidose im Sinne einer Entzündungshemmung. Die Lungenfunktion habe sich im Normbereich befunden. Obwohl die Mechanismen nicht vollständig geklärt seien, sei sich die wissenschaftliche Literatur einig, dass eine Assoziation zwischen einer Sarkoidose und dem Chronic Fatigue Syndrom bestehe. Dazu legte er einen Artikel von Ingrid Korenromp (Chest 2011) bei. In dieser Arbeit habe sich gezeigt, dass Patienten mit stattgehabter Sarkoidose und abgeheilter Sarkoidoseentzündung ein hohes Mass von Fatigue aufweisen würden. 47% hätten die Kriterien für das Vorliegen eines Chronic Fatigue Syndroms erfüllt. Dabei sei auch eine Assoziation zwischen Fatigue und Depression, Angststörung und reduziertem Gesundheitszustand festgestellt worden. Für Dr. D. ___ stehe zu 100% fest, dass das Chronic Fatigue Syndrom der Beschwerdeführerin eindeutig im Zusammenhang mit der Diagnose der Sarkoidose stehe, obwohl die Entzündungsaktivität derzeit nicht mehr im Vordergrund sei. Die Arbeitsunfähigkeit von derzeit 80% sei auf dieses Chronic Fatigue Syndrom in voller Ausprägung zurückzuführen. Der psychiatrische Gutachter Dr. H. ___ hielt demgegenüber fest, dass es für einen Pneumologen schwierig sei, wegen chronischer Müdigkeit eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit zu postulieren. Es bleibe die Tatsache, dass die chronische Müdigkeit zwar auch in der Literatur häufig mit der Sarkoidose assoziiert werde, dass aber ein plausibles organisch begründendes Korrelat fehle (IV-act. 104-50). Sodann hielt Dr. H. ___ im Ergänzungsschreiben vom 31. März 2017 fest, dass eine Assoziation zwischen der chronischen Müdigkeit und der Sarkoidose zwar unbestritten sei, aber eben nur eine Assoziation und keine Kausalität. Es wäre vermessen zu behaupten, dass die Sarkoidose an dieser chronischen Müdigkeit die Hauptschuld trage (IV-act. 126-2). Zudem würden die meisten der pneumologischen Berichte, welche der Rechtsvertreter

eingereicht habe, im Hauptgutachten zitiert. Sie würden sich in der Diagnose stereotyp wiederholen und gegenüber den im Hauptgutachten gemachten Aussagen nichts Neues dokumentieren. Auch der Bericht von Prof. D.____ vom 10. Januar 2017 könne nicht als Argumentarium gegenüber der im Hauptgutachten gemachten Feststellungen gelten. Prof. D.____, der zwar ein ausgewiesener Experte für Sarkoidose sei, sage lediglich, dass die Beschwerdeführerin sehr an den Folgen der über drei Jahre aktiven systemischen Sarkoidose leide. Er selbst attestiere aber zu der Zeit explizit keine Arbeitsunfähigkeit. In seinem Bericht vom 10. Oktober 2014 habe der Arzt folgende Feststellung gemacht: Die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei absolut normal. Insgesamt bestehe keine somatische Ursache für eine Leistungsintoleranz oder Müdigkeit. In diesem Sinne gehe er bei der glaubhaft persistierenden Müdigkeit am ehesten von einem Chronic Fatigue Syndrom aus. Dieses habe an sich eine gute Prognose. Zudem habe er im Bericht vom 18. August 2015 festgestellt, dass sich aus seiner Sicht die Leistungseinbusse nicht auf eine aktive Sarkoidose zurückführen lasse. Somatisch sehe er keinen wirklichen Zugang zu dieser Müdigkeit (Bericht vom 2. Dezember 2015). Sowohl er selber, Gutachter Dr. H.____, als auch Prof. D.____ seien Pneumologen. Sie würden zwar die chronische Müdigkeit mit der Sarkoidose assoziieren, seien aber auf Grund ihrer ausgewiesenen Kompetenzen nicht in der Lage, hier eine bleibende Arbeitsunfähigkeit abzuleiten. Die Pneumologen hätten sich in erster Linie an messbare Grössen zu halten, und dies seien die Lungenfunktion und der Gasaustausch. Hier sei wiederholt ein normaler Befund festgestellt worden. Auch würden sich objektiv keine Hinweise auf eine Neurosarkoidose ergeben, welche die Müdigkeit am ehesten noch erklären könnte (IV-act. 126-2). Diese Ausführungen erscheinen nachvollziehbar, weshalb davon auszugehen ist, dass die Müdigkeit vorliegend nicht genau zugeordnet werden kann und lediglich auf die durch die Gutachter nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit festgestellten Diagnosen und Arbeitsunfähigkeiten abzustellen ist. Sodann bemängelt die Beschwerdeführerin, dass nicht begründet werde, weshalb die von den Gutachtern diagnostizierte Neurasthenie keine Auswirkung auf ihre Arbeitsfähigkeit haben solle (act. G 1 Ziff. 65). Dem steht jedoch entgegen, dass die Gutachter im Rahmen der Indikatorenprüfung zum Schluss kamen, dass trotz diagnostizierter Anpassungsstörung und Neurasthenie auf Grund der erhaltenen Funktionen sowie Ressourcen bzw. auch anhand vorhandener Handicaps einzig eine Arbeitsunfähigkeit von 20% begründbar sei (vgl. IV-act. 104-56). Im Schreiben vom 31. März 2017 ergänzte Dr. G.____, dass hinsichtlich der Neurasthenie kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit attestiert worden sei, da es sich dabei um eine aktuell nur noch selten verwendete Diagnose handle und diese versicherungsmedizinisch kritisch gesehen werde, weil es sich dabei nicht selten um ein auf Krankheitsgewinn ausgerichtetes Selbstkonzept der Betroffenen handle. Auf Grund dieser als subjektive (Selbst-)Einschätzung zu wertenden Aspekte der Diagnose und der aktuellen Einschätzungen im Gutachten sei auch im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung keine abschliessende Zuordnung der Diagnose auf die Arbeitsfähigkeit erfolgt (IV-act. 126-2). Weiter wendet die Beschwerdeführerin ein, das Gutachten werde dem eingereichten Fragenkatalog nicht gerecht und es beinhalte auch keine Konsensbeurteilung über die Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Diagnosen im Rahmen einer Gesamtbetrachtung (act. G 1 Ziff. 68). Dem kann jedoch nicht gefolgt werden. So führten die Gutachter im Rahmen der polydisziplinären Zusammenfassung die Herleitung der zu stellenden Diagnosen und sodann unter Berücksichtigung des sozialen Kontextes, der vorhandenen Ressourcen und der Einschränkungen nachvollziehbar aus, dass lediglich aus psychiatrischer Sicht in

angepassten Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 20% bestehe (vgl. insbesondere IV-act. 104-56). Auch setzten sie sich mit den vorhandenen ärztlichen Berichten und Diagnosen eingehend auseinander. So merkten sie beispielsweise an, dass im Arztbericht von lic. phil. J.____, Psychologische Psychotherapeutin, und Dr. med. K.____ vom 15. Dezember 2015 neu und einmalig diagnostisch eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) angeführt, wogegen sowohl vorher als auch nachher immer von einer Anpassungsstörung gesprochen worden sei. Eine Erklärung für die aus gutachterlicher Sicht gewissermassen schwerer einzustufende Diagnose einer depressiven Episode im Vergleich zu einer Anpassungsstörung konnten sie im Bericht nicht vollständig nachvollziehbar dargestellt finden (IV-act. 104-39). In der Ergänzung vom 31. März 2017 erklärte Dr. G.____, dass eine absolute bzw. mit absoluter Wahrscheinlichkeit sichere Einschätzung aus gutachterlicher Sicht anhand psychometrischer Testresultate nie erzielbar sei, sodass die Einschätzung der Hinweise aus der Testung und der inkonsistenten Testresultate im Sinne einer ergebnisoffenen Begutachtung beschrieben würde. Dabei unterstellte der Gutachter mit der Erwähnung eines nicht möglichen Lügendetektortestes der Beschwerdeführerin nicht, dass sie simuliert oder übertrieben hätte, sondern er wollte lediglich dartun, dass eine neuropsychologische Testung naturgemäss mit Unsicherheiten behaftet ist. Eine deswegen anzunehmende Befangenheit, wie es der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin verlangt (act. G 1 Ziff. 76), ist nicht ersichtlich. Vielmehr muss mit dem Gutachter davon ausgegangen werden, dass eine absolut sichere Einschätzung eben nicht möglich ist. Die festgestellten fachlichen Widersprüche der neuropsychologischen Testung führen dazu, dass eine Einschränkung aus neuropsychologischer Sicht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden konnte (vgl. IV-act. 126-2). Die Folgen der Beweislosigkeit sind von der Beschwerdeführerin zu tragen, welche aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (vgl. BGE 138 V 222 E. 6). Im Weiteren ist festzuhalten, dass insgesamt nicht zu überzeugen vermag, wenn die Beschwerdeführerin angibt, lediglich noch zu 20% arbeitsfähig zu sein (IV-act. 104-33), sie dieses 20%-Pensum aber jeweils montags und dienstags verrichtet (vgl. IV-act. 104-30). Weshalb die Beschwerdeführerin ihre Arbeitsfähigkeit an zwei Halbtagen hintereinander mit 100%iger Leistung zu verwerten vermag, danach aber für den Rest der Woche zu gar keiner Arbeit mehr fähig sein soll und auch zu Hause weder selber Essen zubereiten, noch die Wäsche machen oder sonstige Haushaltsarbeiten erledigen kann (vgl. 104-31), ist kaum nachvollziehbar. Dass sie sich während dieser beiden Arbeitshalbtage derart verausgabt, dass sie sich für den Rest der Woche davon erholen und alle Hausarbeiten von ihrem Partner sowie ihrer Mutter erledigen lassen muss, erscheint kaum glaubhaft. Sodann zeigt sich ausserdem im Schlafbedürfnis eine Unstimmigkeit zwischen der Aktenlage und dem Gutachten. Während die Beschwerdeführerin gegenüber ihrer Behandlerin noch angegeben hatte, sie benötige acht bis zehn Stunden Schlaf (vgl. Bericht vom 28. November 2014, IV-act. 47-4), wurde im Gutachten einerseits durch Dr. med. L.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, festgehalten, sie brauche bis zu zehn Stunden Schlaf, um den nächsten Tag zu überstehen (IV-act. 104-31), während Dr. G.____ in seinem Gutachtensteil bereits davon ausging, die Beschwerdeführerin würde zwischen 18 Uhr und 20 Uhr zu Bett gehen und insgesamt zwischen zehn bis zwölf Stunden pro Tag schlafen (IV-act. 104-43). Überdies ist nicht ersichtlich, weswegen ein höherer Schlafbedarf eine Arbeitstätigkeit ausschliessen sollte. Schliesslich befasste sich Dr. G.____ auch eingehend mit der Einschätzung der behandelnden Psychotherapeutin betreffend einer 80%igen Arbeitsunfähigkeit, welche er als nicht nachvollziehbar erachtete. Der Rückschluss, dass ein

50%-Pensum zur Überforderung geführt habe und daher eine Pensumsreduktion indiziert gewesen sei, sei aus gutachterlicher Sicht ebenfalls nicht vollständig nachvollziehbar, da an einer Überforderungssymptomatik auch (psycho-)therapeutisch gearbeitet werden könnte bzw. auch eine wie im Gutachten angeführte und empfohlene antriebssteigernde Medikation mittels Antidepressiva erfolgen sollte, weil der bisherige psychotherapeutische Verlauf keine ausgeprägte Verbesserung erzielt habe (IV-act. 126-1). Sodann vermisst die Beschwerdeführerin eine Stellungnahme zur Frage, ob sich die Gutachter dem bisher bescheinigten Verlauf der Arbeitsunfähigkeit anschliessen könnten oder aus welchen Gründen sie diese allenfalls nicht für ausgewiesen erachteten. Es bilde einen offensichtlichen Mangel, dass sich das Gutachten nicht über die Arbeitsfähigkeit rückwirkend bis zum Datum der Rentenmeldung äussere (act. G 1 Ziff. 63f.). Dazu befand Dr. G. ___ in der Stellungnahme vom 31. März 2017, dass diese Einschätzung betreffend dem Beginn der Festlegung der Arbeitsfähigkeitshöhe "zumindest seit dem Begutachtungszeitpunkt" auf Grund der aus der gutachterlich nur bedingten Objektivierbarkeit der Angaben der Beschwerdeführerin sowie der nur bedingt vollumfänglich nachvollziehbaren Aktenberichte erfolge, so dass die Begutachtungssituation als Zeitkriterium herangezogen worden sei mit dem Zusatz "zumindest", da für eine retrospektive Einschätzung aus gutachterlicher Sicht nicht auf die Angaben vollumfänglich habe abgestellt werden können (IV-act. 126-2). Damit stimmt überein, dass die Gutachter bereits im Rahmen der Zusammenfassung der Krankheitsgeschichte eine Würdigung vorgenommen und darin jeweils bei den einzelnen Berichten angefügt hatten, ob sie den Beurteilungen und Arbeitsunfähigkeitsattesten folgen konnten oder ob sie die Einschätzungen der behandelnden Ärzte als wenig nachvollziehbar erachteten (vgl. IV-act. 104-38f.). Daraus folgt, dass sich die Gutachter gestützt auf die Aktenlage nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht zur Arbeitsfähigkeit vor der Begutachtung äussern konnten. Infolge anderweitiger Angaben ist daher auf die Arbeitsfähigkeitsatteste der Behandler abzustellen. Demnach ist bei der Beschwerdeführerin abgesehen von vorherigen jeweils kürzeren Absenzen ab 12. August 2013 von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 2, 5-2, 13-1, 21-8, 41-7), ab 28. November 2014 von einer 40%igen (IV-act. 47-4, 57-2), ab 10. März 2015 wieder von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 54-5f., 63-3) und ab 28. November 2015 von einer vollen Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 64, 67, 69-7, 78-2) auszugehen, diese jeweils sowohl für angepasste wie auch adaptierte Tätigkeiten (vgl. z.B. IV-Fremdakten 2-8). In der Folge wurde der Beschwerdeführerin auch während ihres stationären Aufenthalts in der Klinik F. ___ vom 8. Januar bis 18. Februar 2016 durch die Klinikärzte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV-act. 78-1) und ab 1. März 2016 schrieb sie ihr Hausarzt zu 80% arbeitsunfähig (IV-act. 78-3, 81-5, 83, 86-2, 93). Demgegenüber ist spätestens ab dem Zeitpunkt der Begutachtung im Oktober 2016 von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten sowie in adaptierten Tätigkeiten auszugehen (IV-act. 104-57). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die Gutachter der medexperts umfassend und vielschichtig mit dem Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin befasst haben und ihre Ausführungen und Folgerungen schlüssig und nachvollziehbar sind. Folglich ist auf das Gutachten hinsichtlich der Diagnosestellung und der Schätzung einer Arbeitsfähigkeit in der angestammten sowie einer angepassten Tätigkeit von 80% seit der Begutachtung abzustellen. Damit ist der Eventualantrag auf Einholung eines Obergutachtens abzuweisen. Gestützt auf die obigen Arbeitsunfähigkeiten ist der Invaliditätsgrad anhand des Einkommensvergleichs zu bemessen (vgl. Erwägung 1.3). Diesbezüglich rügt der

Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin sei nicht von den korrekten Einkommensverhältnissen ausgegangen (act. G 1 Ziff.81ff.). Weitere Belege dafür reicht er jedoch keine ein. Die Beschwerdeführerin arbeitet weiterhin bei der bisherigen Arbeitgeberin, jedoch lediglich noch in einem 20%-Pensum. Gemäss ihren eigenen Angaben sei sie seit Mitte November 2016 aus der Geschäftsleitung und als Teilhaberin bei der Arbeitgeberin ausgeschieden (act. G 1 Ziff. 82). Dabei ist von einer leidensadaptierten Tätigkeit auszugehen (vgl. IV-act. 104-56). In einem ersten Schritt ist daher der Invaliditätsgrad für die Zeit des frühestmöglichen Rentenbeginns, vorliegend ab August 2014 zu prüfen (vgl. Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG). Für die Berechnung des Valideneinkommens verlangt die Beschwerdeführerin, es seien auch der Nebenerwerb aus den Tätigkeiten als Kursleiterin und Prüfungsexpertin bei den Lehrabschlussprüfungen sowie die Entschädigung für Überstunden zu berücksichtigen (act. G 1 Ziff. 83 mit Verweis auf IV-act. 7-5). Wie hoch die Zusatzeinkommen aus Nebenerwerb jedoch waren und seit wann sie in welcher Regelmässigkeit zuflossen, kann die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin weder in der Beschwerde noch in der Replik konkret belegen. Gemäss Rechtsprechung ist entscheidend für die Ermittlung des Einkommens, welches die versicherte Person ohne Invalidität erzielen könnte (Valideneinkommen), was sie im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 E. 3b). 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 129 V 224, E. 4.2.1 mit weiteren Hinweisen). Gemäss den Angaben der Arbeitgeberin verdiente die Beschwerdeführerin im Jahr 2013 einen Grundlohn von Fr. 107'900.-- (IV-act. 21-3). Die Beschwerdeführerin selbst gab gegenüber der IV-Stelle an, dass sie zudem jährlich einen Nebenerwerb von ca. 6'000.-- bis Fr. 6'500.-- erzielt habe (IV-act. 5-3 und 7-5). Wie jedoch dem Fragebogen für Arbeitgebende zu entnehmen ist (IV-act. 21-6), gab die Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin an, dass die Arbeiten "ÜK-Leitung" und "LAP-Expertin" zu ihren betrieblichen Tätigkeiten gehörten. Daraus ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin diese "externen" Tätigkeiten offenbar im Rahmen ihrer Tätigkeit für die Arbeitgeberin ausführte bzw. sie wohl während ihrer Arbeitszeit dafür freigestellt wurde und die Arbeitgeberin demgegenüber das darauf entfallende Entgelt erhielt. Anders wäre nicht zu erklären - und der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin äusserte sich trotz Aufbringens dieser Frage durch die Beschwerdegegnerin nicht dazu -, weshalb dieses Entgelt gegenüber der AHV nicht zusätzlich abgerechnet und somit im IK-Auszug nicht eingetragen worden war. Damit entfällt eine Berücksichtigung der geltend gemachten Entschädigung für externe Kursleitung und das Abnehmen von Lehrabschlussprüfungen beim Valideneinkommen. Was die geltend gemachten Überstunden betrifft, so unterstehen Überstundenentschädigungen der AHV-Beitragspflicht (Art. 5 Abs. 2 AHVG in Verbindung mit Art. 7 lit. a AHVV) und gehören, wenn und soweit die versicherte Person effektiv weiterhin mit solchen Einkünften hätte rechnen können, zum mutmasslichen jährlichen Erwerbseinkommen nach Art. 16 ATSG (vgl. Art. 25 Abs. 1 IVV; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 16. November 2004, I 381/04, E. 3.3.1 mit Hinweisen; SVR 2002 IV Nr. 21 S. 63 E. 3b). Massgebend ist somit, ob die versicherte Person nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der

überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 141 V 20 E. 3.1 mit Hinweisen) auf Grund ihrer konkreten erwerblichen Situation und ihres tatsächlichen Arbeitseinsatzes wahrscheinlich weiterhin ein Zusatzeinkommen infolge Überstundenarbeit hätte erzielen können; die blossе Möglichkeit dazu genügt nicht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Oktober 2015, 8C_233/2015). Wie dem Fragebogen für Arbeitgebende zu entnehmen ist, leistete die Beschwerdeführerin im Jahr 2010 Überzeit in geldwerter Höhe von Fr. 6'760.-- und im Jahr 2012 von Fr. 15'800.-- (IV-act. 21-3). Wohl da sie im Jahr 2011 auf Grund der Sarkoidose während sechs Monaten zeitweise zu 100%, zeitweise zu 50% und zeitweise zu 20% arbeitsunfähig war (vgl. IV-act. 21-4), fielen in jenem Jahr keine Überstunden an. Die Beschwerdegegnerin verneinte auf Grund der lediglich zweimal angefallenen Überstunden in drei Jahren, dass bereits eine Regelmässigkeit vorliege und diese Überstunden daher zu berücksichtigen seien. Dass auch bereits vor dem Funktionswechsel innerhalb der Arbeitgeberin zum Geschäftsleitungsmitglied offenbar gehäuft Überstunden angefallen waren (vgl. IK-Auszug IV-act. 14.1, wonach im Jahr 2009 gegenüber der AHV ein Jahreseinkommen von Fr. 106'445.-- und im Jahr 2010 ein solches von Fr. 126'295.-- abgerechnet wurden, bei einem Grundlohn von höchstens Fr. 94'900.-- [vgl. Grundlohn von 2011, IV-act. 21-3]), liess die Beschwerdegegnerin ausser Acht. Nachdem die Beschwerdeführerin diese Beförderung allerdings erst im Jahr 2010 erwirkte, ist es schwierig, auf Grund der kurzen Dauer bis zum Krankheitsausfall einen Durchschnittswert der hypothetisch im Gesundheitsfalle als Geschäftsleitungsmitglied geleisteten Überstunden zu ermitteln. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Schwankungen der Überstunden sehr stark sind und die Beschwerdeführerin sowohl in den Jahren als Geschäftsleitungsmitglied als auch bereits davor jedes Jahr eine grössere Lohnentwicklung durchmachte (vgl. IV-act. 21-3, 14). Da die Baubranche, in welcher die Beschwerdeführerin arbeitet, jedoch sehr konjunkturabhängig ist, wären selbst von einer Rückfrage bei der Arbeitgeberin keine dienlichen Auskünfte zu erwarten gewesen, weil auch diese keine Prognosen über den Arbeitsanfall hätte machen können. Dennoch ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin nur schon mit Blick auf ihre verantwortungsvolle Position als Geschäftsleitungsmitglied als Gesunde zumindest in kleinerem Umfang weiterhin bezahlte Überstunden gemacht hätte. Ginge man hypothetisch von einem Mittelwert der Jahre 2010 und 2012 aus, wären das ca. Fr. 11'280.-- ($(\text{Fr. } 6'760.-- + \text{Fr. } 15'800.--) / 2$). Es wird nachfolgend zu prüfen sein, ob bereits anhand dieses ungefähren Mittelwertes das Valideneinkommen bestimmt und somit der Rentenanspruch festgelegt werden kann (vgl. in einem ähnlichen Fall: Urteil des Bundesgerichts vom 1. Juli 2010, 9C_159/2010, E. 6.4). Nachdem die Beschwerdeführerin ab Mitte November 2016 auch nicht mehr Teilhaberin bei ihrer Arbeitgeberin war, sind die Auswirkungen dieses Ausscheidens auf das Valideneinkommen ab November 2016 ebenfalls zu prüfen. Im Fragebogen für Arbeitgebende gab die Arbeitgeberin an, die Beschwerdeführerin habe im Jahr 2012 eine Dividende aus dem Jahr 2011 von Fr. 30'000.-- und im Jahr 2013 eine solche aus dem Jahr 2012 von Fr. 20'000.-- erhalten (IV-act. 21-3). Da diese Dividende infolge der Aufgabe der Teilhaberschaft ab November 2016 wegfallen, verlangt die Beschwerdeführerin eine Berücksichtigung beim Valideneinkommen. Dem kann jedoch nicht gefolgt werden. Auf Grund der Teilbesteuerung ausgeschütteter Gewinne gemäss Art. 20 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die direkte Bundessteuer (DBG; SR 642.11) sind unter bestimmten Voraussetzungen Dividenden und ähnliche Ausschüttungen aus dem Reingewinn einer juristischen Person an Arbeitnehmende mit gesellschaftlichen Beteiligungsrechten teilweise als massgebender Lohn zu betrachten. Grundsätzlich ist von der durch die Gesellschaft

vorgenommenen und von den Steuerbehörden akzeptierten Aufteilung zwischen Dividenden und Lohn auszugehen. Davon ist nur abzuweichen, wenn ein offensichtliches Missverhältnis zwischen Arbeitsleistung und Entgelt bzw. eingesetztem Vermögen und Dividende besteht. Die Dividendenzahlung ist nur dann teilweise als massgebender Lohn zu betrachten, wenn kein oder ein unangemessen tiefer Lohn und gleichzeitig eine offensichtlich überhöhte Dividende ausgerichtet wird. Eine Aufrechnung ist diesfalls bis zur Höhe eines branchenüblichen Gehalts vorzunehmen (vgl. dazu Wegleitung des BSV über den massgebenden Lohn in der AHV, IV und EO [WML] vom 1. Januar 2019, Stand 1. Januar 2020, Rz 2012f., 2015 mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). Vorliegend rechnete die Arbeitgeberin den Lohn der Beschwerdeführerin ohne Hinzunahme der Dividendenauszahlungen bei der SVA ab. Zudem ist auf Grund der Höhe der Dividenden von Fr. 0.-- im Jahr 2011, von Fr. 30'000.-- im Jahr 2012 und von Fr. 20'000.-- im Jahr 2013 im Vergleich zur Höhe der Löhne von Fr. 101'660.-- (2011), Fr. 102'700.-- (2012) und Fr. 123'700.-- (2013) nicht von offensichtlich überhöhten Dividenden auszugehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 8. April 2015, 9C_837/2014, E. 2.2f.). Damit stellt die Dividende Vermögensertrag dar und entfällt eine Aufrechnung der Dividenden zum Valideneinkommen. Da die Beschwerdeführerin weiterhin für die bisherige Arbeitgeberin tätig ist und es sich bei ihrer angestammten Tätigkeit laut den Gutachtern auch um eine angepasste Arbeit handelt (vgl. IV-act. 104-57), ist für das Invalideneinkommen das Jahreseinkommen aus dem Jahr 2013 von Fr. 107'900.-- (Fr. 8'300.-- x 13) an die Nominallohnentwicklung für das Jahr 2014 von 1% (vgl. Bundesamt für Statistik [BSV], T 39 Entwicklung der Nominallöhne, Frauen) auf Fr. 108'979.-- anzupassen. Beim Valideneinkommen ist gestützt auf die obigen Erwägungen (v.a. Erwägung 4.3) zu prüfen, ob mit einer ungefähren Annahme einer hypothetischen regelmässigen Überstundenentschädigung von ca. Fr. 11'280.-- ein Invaliditätsgrad resultiert, der selbst bei leichteren Abweichungen der Anzahl Überstunden gegen oben oder unten auf Grund seiner Klarheit immer noch zum selben Rentenanspruch führte. Damit ist als provisorischer Wert vorerst von einem Valideneinkommen von Fr. 119'180.-- (Fr. 107'900 + ca. Fr. 11'280.--) bzw. angepasst an die Nominallohnentwicklung des Jahres 2014 von Fr. 120'372.-- auszugehen. Demnach wäre unter Berücksichtigung einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit seit 12. August 2013 nach Ablauf des Wartejahres ab August 2014 von einem Erwerbsausfall von Fr. 65'882.-- (Fr. 120'372.-- - Fr. 54'490.--) und einem Invaliditätsgrad von aufgerundet 55% ($100\% : \text{Fr. } 120'372.-- \times \text{Fr. } 65'882.-- = 54.73\%$) auszugehen und ab 1. August 2014 ein Anspruch auf eine halbe Rente gegeben. Ab 28. November 2014 bestand eine Arbeitsunfähigkeit von 40%, sodass diese Verbesserung nach Ablauf von drei Monaten zu berücksichtigen war (Art. 88a Abs. 1 IVV) und ab 1. März 2015 ein Erwerbsausfall von Fr. 54'985.-- (Fr. 120'372.-- - Fr. 65'387.--) bzw. ein IV-Grad von 46% ($100\% : \text{Fr. } 120'372.-- \times \text{Fr. } 54'985.-- = 45.67\%$) und damit ein Anspruch auf eine Viertelsrente resultieren würde. Infolge der Verschlechterung des Gesundheitszustands ab 10. März 2015 auf eine Arbeitsunfähigkeit von 50% hätte wiederum unter Berücksichtigung der Dreimonatsfrist ab Juli 2015 ein IV-Grad von 55% sowie ein Anspruch auf eine halbe Rente bestanden (vgl. Art. 88a IVV). Auf Grund der vollen Arbeitsunfähigkeit ab 28. November 2015 und der nachfolgenden Arbeitsunfähigkeit von 80% ab 1. März 2016 betrug der IV-Grad ab März 2016 100% bzw. ab Juni 2016 82% (bei einem Erwerbsausfall von Fr. 98'576.--), weshalb ab März 2016 eine ganze Rente geschuldet wäre. Nachdem ab Oktober 2016 (gutachterliche Untersuchungen am 10., 12. und 19. Oktober 2016) von einer Arbeitsfähigkeit von 80% auszugehen ist, wäre ab diesem Zeitpunkt von einem

Erwerbsausfall von Fr. 33'189.-- und somit von einem IV-Grad von aufgerundet 28% ($100\% : \text{Fr. } 120'372.-- \times \text{Fr. } 33'189.-- = 27.57\%$) auszugehen. Damit wäre die Rente nach der dreimonatigen Wartezeit per 31. Januar 2017 aufzuheben (vgl. Art 88a IVV). Diese Berechnung mit resultierenden IV-Graden von 55%, 46%, 55%, 100% und 82% zeigt, dass die Beschwerdeführerin selbst bei Berücksichtigung von durchschnittlich bis zu mehreren Tausend Franken höheren oder tieferen regelmässigen Überstundenentschädigungen keinen anderen Rentenanspruch erhielt. Damit kann von weiteren Abklärungen abgesehen und nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von obigen abgestuften Rentenansprüchen ausgegangen werden. Gestützt auf obige Erwägungen ist auf das Gutachten der medexperts vom 14. November 2016 und für die Zeit davor auf die von den behandelnden Ärzten attestierten Arbeitsunfähigkeiten abzustellen. Damit hat die Beschwerdeführerin ab 1. August 2014 Anspruch auf eine halbe Rente, ab 1. März 2015 auf eine Viertelsrente, ab 1. Juli 2015 auf eine halbe Rente und ab 1. März 2016 befristet bis 31. Januar 2017 auf eine ganze Rente. Auf Grund der vorstehenden Ausführungen ist die Beschwerde gegen die angefochtene Verfügung vom 8. November 2017 teilweise gutzuheissen. Die Verfügung ist aufzuheben und der Beschwerdeführerin ab 1. August 2014 eine halbe Rente, ab 1. März 2015 eine Viertelsrente, ab 1. Juli 2015 eine halbe Rente und ab 1. März 2016 befristet bis 31. Januar 2017 eine ganze Rente zuzusprechen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 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 in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat ausgangsgemäss die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihr zurückzuerstatten. Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses Rechnung zu tragen ist (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Verwaltungsgericht, Verwaltungsrekurskommission und Versicherungsgericht pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.-- (Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten [HonO; sGS 963.75]). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat auf die Einreichung einer Honorarnote verzichtet. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint auf Grund der Bedeutung und dem Aufwand des Verfahrens eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 8. November 2017 aufgehoben und der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. August 2014 eine halbe Rente, mit Wirkung ab 1. März 2015 eine Viertelsrente, mit Wirkung ab 1. Juli 2015 eine halbe Rente und mit Wirkung ab 1. März 2016 befristet bis 31. Januar 2017 eine ganze Rente zugesprochen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihr zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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