

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/30 vom 18. November 2019

Sg Versicherungsgericht, 2019-11-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_30

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/30 du 18 novembre 2019

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/30 del 18 novembre 2019

Regeste

Art. 8 Abs. 1 IVG, Art. 1novies IVV. Beweiswert eines Gutachtens. Berufliche Massnahmen bei drohender Invalidität. Vorliegend ist nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die versicherte Person von Invalidität bedroht ist. Demnach hat sie keinen Anspruch auf berufliche Massnahmen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. November 2019, IV 2019/30).

Volltext

Entscheid vom 18. November 2019 Besetzung Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Miriam Lendfers und Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Felicia Sterren Geschäftsnr. IV 2019/30 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Adrian Fiechter, Anwalt und Beratung GmbH, Poststrasse 6, Postfach 239, 9443 Widnau, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand berufliche Massnahmen Sachverhalt A.____ meldete sich am 30. Juni 2017 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Als gesundheitliche Einschränkungen nannte sie "Burnout Syndrom" seit Dezember 2016 (IV-act. 1). Mit Bericht vom 30. August 2017 gab Dr. med. B.____, FA Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. Psychotherapeut FMH, an, bei der Versicherten liege eine depressive Episode (F32.11) seit 13. Januar 2017 vor. Die Arbeitsfähigkeit werde durch eine depressive Stimmung, Antriebslosigkeit und Schlafstörungen beeinträchtigt. Für einfache Büroarbeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 20%. Als ergänzende Bemerkung hielt Dr. B.____ "Burn out" fest (IV-act. 17). Am 12. September 2017 berichtete Dr. med. C.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Klinik D.____, dem Krankentaggeldversicherer der Versicherten über die konsiliarische Untersuchung vom 8. September 2017. In diesem Kurzbericht stellte er die Diagnosen einer generalisierten Angststörung (F41.1) und einer psychophysischen Erschöpfung, gegenwärtig teilweise remittiert (Z73.0). Dr. C.____ empfahl eine antidepressive und beruhigende Psychopharmakotherapie und die Fortsetzung der bereits etablierten Gesprächstherapie. Ab 1. Oktober 2017 könne von einer 25%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden, ab 1. November 2017 von einer 50%igen, ab 1. Dezember 2017 von einer 75%igen und ab 1. Januar 2018 von einer vollen Arbeitsfähigkeit (act. G6.2/3-2 ff.). Mit Schreiben vom 22. Januar 2018 teilte der Krankentaggeldversicherer der Rechtsschutzversicherung der Versicherten mit, wenn Dr. B.____ den Empfehlungen von Dr. C.____ gefolgt wäre, wäre die Versicherte mit grosser Wahrscheinlichkeit inzwischen weitgehend arbeitsfähig. Als Entgegenkommen werde das Taggeld noch bis zum 7. Januar 2018 ausgerichtet (act. G6.2/5-7). Am 18. März 2018 kreuzte Dr. B.____ auf dem Formular für den Verlaufsbericht an, der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich verbessert. Er stellte folgende Diagnosen: depressive Episode, rezidivierend (F33.11),

generalisierte Angststörung (F41.1), psychophysische Erschöpfung als Reaktion auf Belastung (F43.8). Die Versicherte habe seit 2016 zunehmende Versagensängste, Antriebsstörung, vermindertes Leistungsvermögen, z.T. psychosomatische Reaktionen, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Konzentrationsstörungen. Zurzeit betrage die Arbeitsunfähigkeit 100% (IV-act. 58-2). Vom 8. Januar 2018 bis 15. Juni 2018 erfolgte ein Belastbarkeitstraining und ab 16. Juni 2018 ein Aufbaustraining bei der E.____ in F.____ (geplante Dauer: bis 14. Dezember 2018; vgl. Mitteilung vom 12. Juni 2018, IV-act. 64-1). Durch die Trainings hätte die Versicherte ihre Arbeitsfähigkeit wieder zurückerlangen und bis auf 100% steigern sollen. Das Pensum von anfangs zwei Stunden an vier Tagen pro Woche konnte zuerst nicht, danach nur sehr schleppend gesteigert werden (vgl. IV-act. 29, 32, 50, 52 f., 55 und 62 ff.). Während des Belastbarkeitstrainings erledigte die Versicherte private Pendenzen. Im Aufbaustraining arbeitete sie an einem Businessplan, um die Wiederaufnahme ihrer selbständigen Erwerbstätigkeit vorzubereiten (vgl. IV-act. 76-1). Während die Anwesenheit schliesslich auf bis zu sechs Stunden pro Tag gesteigert werden konnte, schätzte die Versicherte ihre Leistungsfähigkeit auf bloss 20 bis 30% (vgl. IV-act. 77-7 f.). Mit Mitteilung vom 7. September 2018 brach die IV-Stelle die berufliche Massnahme per 24. August 2018 ab (IV-act. 79). Die Eingliederungsverantwortliche hielt dazu sinngemäss fest, bei einer Anwesenheit von theoretisch 70%, faktisch eher 50%, habe die Versicherte beim letzten Standortgespräch mitgeteilt, dass sie sich etwa 20 bis 30% arbeitsfähig fühle. Die Massnahme sei nach wie vor sehr wertvoll für die Versicherte. Aufgrund permanenter Ausbremsung wegen privater Problematiken mache jedoch aktuell eine Weiterführung der Massnahme keinen Sinn. Die gesetzten Ziele könnten derzeit nicht erreicht werden. Die Versicherte benötige ihre Ressourcen für ihre Konflikte, sodass sie keine Kraft mehr habe, sich auf die Massnahme zu konzentrieren (vgl. IV-act. 77-7 f.). Am 26. September 2018 stellte Dr. B.____ folgende Diagnosen: Generalisierte Angststörung (F41.1), psychophysische Erschöpfung (Z73.0) und leichte depressive Episode, rezidivierend (F33.01). Dies wirke sich durch geringe Belastbarkeit, Konzentrationsstörungen, resignierte, depressive Stimmung, durch die Symptomatik der Einengung, Überforderung und Unfähigkeit zu geregelter Arbeit aus. Die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit betrage 20 bis 30%. In einer ideal adaptierten Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit abhängig vom Auftreten der Symptomatik (IV-act. 80). Mit Stellungnahme vom 5. Oktober 2018 hielt RAD-Arzt med. pract. G.____ fest, laut Dr. C.____ hätte die Versicherte per Januar 2018 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erreichen sollen. Stattdessen sei es zum Abbruch der beruflichen Massnahmen im August 2018 gekommen, da die Versicherte lediglich eine Arbeitsfähigkeit von 20 bis 30% erreicht habe. Aus den Berichten der Eingliederungsberatung und von E.____ gehe jedoch hervor, dass die Versicherte stark durch psychosoziale Belastungen in Anspruch genommen worden sei. Hierbei gehe es um den Sorgerechtsstreit mit dem Vater ihres Kindes und Auseinandersetzungen mit der H.____. Trotz unbefriedigendem Therapieverlauf seien die medizinischen Massnahmen nicht ausgebaut worden und es habe bisher weder eine tagesklinische noch eine stationäre psychiatrische Behandlung stattgefunden. Auch erhalte die Versicherte keine Medikation. Aus den knapp gehaltenen Befunden und Einschränkungen in den Arztberichten von Dr. B.____ lasse sich die hohe Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehen. Zur Beurteilung des Gesundheitszustands sei eine monodisziplinäre psychiatrische Begutachtung angezeigt (IV-act. 83-3). Mit psychiatrischem Fachgutachten vom 30. November 2018 (nachfolgend: Gutachten) stellte Prof. Dr. med. habil. I.____, FMH Neurologie und FMH Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen: St. n.

Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (F43.21) und St. n. psycho-physischem Erschöpfungssyndrom (Z73.0), Anpassungsprobleme bei Veränderung der Lebensumstände (Z60.0) mit / bei multiplen psychosozialen Belastungsfaktoren (IV-act. 88-45). Aus gutachterlicher Sicht könne die generalisierte Angststörung nicht nachvollzogen werden. Es handle sich eindeutig um eine psychische Reaktion auf ein äusseres psychosoziales Ereignis mit ängstlich-depressiver Verstimmung. Die Störung wäre als Anpassungsstörung (F43.2) zu kategorisieren gewesen (IV-act. 88-42). Gemäss Aktenlage habe die Versicherte zum 12. Januar 2017 bei einem depressiv gefärbten Erschöpfungssyndrom infolge multipler psychosozialer Belastungen bei blander psychiatrischer Krankengeschichte eine Behandlung bei Dr. B.____ aufgenommen. Weder den Diagnosestellungen noch den Angaben zur Arbeitsunfähigkeit Dr. B.____s könne gefolgt werden. Der Kinder- und Jugendpsychiater habe ohne Angabe von nachvollziehbaren Gründen ständig die Diagnosen gewechselt, gemäss ICD-10 nicht statthafte Diagnosekombinationen benannt und trotz mitgeteilten Verbesserungen des psychischen Gesundheitszustands die Arbeitsunfähigkeit erhöht. Eine medikamentöse Behandlung sei ebenso wenig erfolgt, wie eine Intensivierung der Behandlung mittels tagesklinischer oder stationär psychiatrischer Hospitalisation, was ebenfalls gegen die attestierte Arbeitsunfähigkeit spreche. Bei anhaltenden psychosozialen Problemen der Versicherten mit nachfolgenden Auswirkungen auf den psychischen Gesundheitszustand hätten berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen abgebrochen werden müssen. Nun habe die Versicherte zahlreiche ihrer psychosozialen Probleme lösen können, was zu einer signifikanten Verbesserung ihres Gesundheitszustands geführt habe, sodass aktuell kein psychiatrisches Störungsbild von Krankheitswert mehr diagnostiziert werden könne (IV-act. 88-47 und 88-43). Die Versicherte habe sich in der Untersuchung kämpferisch-fordernd und ihre Interessen mit Nachdruck vertretend gezeigt, sodass ein Erschöpfungssyndrom beim besten Willen nicht beschreibbar sei. Die vorgetragene Kraft- und Energielosigkeit sei nicht spürbar (IV-act. 88-48 und 88-39). Mit Stellungnahme vom 7. Dezember 2018 erachtete RAD-Arzt G.____ das Gutachten als überzeugend. Ein St. n. Anpassungsstörung bzw. nach psycho-physischem Erschöpfungssyndrom begründe ebenso wenig eine Arbeitsunfähigkeit wie akzentuierte Persönlichkeitszüge, die bei der Versicherten schon immer vorgelegen hätten und sie weder am Studium noch in der erfolgreichen Ausübung ihrer Berufstätigkeit eingeschränkt hätten, bis es aufgrund der schweren psychosozialen Belastungssituation zu einer Überforderung und Erschöpfung gekommen sei. Zu Beginn der Krankschreibung könne aus versicherungsmedizinischer Sicht dennoch von einer kurzzeitig für die Arbeitsfähigkeit relevanten Anpassungsstörung ausgegangen werden, welche inzwischen abgeklungen sei. Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit könne auf den Kurzbericht Dr. C.____s abgestellt werden. Spätestens seit Januar 2018 habe eine Arbeitsfähigkeit von 100% vorgelegen. Dass die Versicherte ihre Arbeitsfähigkeit während der beruflichen Massnahmen nicht habe steigern können, sei rein auf psychosoziale Belastungen zurückzuführen (IV-act. 89-3 f.). Mit Mitteilung vom 10. Dezember 2018 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen ab (IV-act. 92). Nachdem die Versicherte eine beschwerdefähige Verfügung verlangt hatte (IV-act. 93; vgl. auch IV-act. 95), wies die IV-Stelle das Gesuch um berufliche Massnahmen mit Verfügung vom 14. Dezember 2018 ab. Bei der Versicherten bestehe in einer adaptierten wie auch in der bisherigen Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit. Demnach würde kein Anspruch auf berufliche Massnahmen bestehen (IV-act. 94). Gegen diese Verfügung erhob A.____, vertreten durch Rechtsanwalt Adrian Fiechter, am 30. Januar 2019

Beschwerde. Sie beantragt, die Verfügung vom 14. Dezember 2018 sei vollumfänglich aufzuheben und es seien die beruflichen Massnahmen weiterzuführen. Eventualiter sei die Sache zur Vornahme ergänzender Abklärungen und anschliessend neuer Beurteilung an die Gegenpartei zurückzuweisen. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Zur Begründung führt sie aus, der Anspruch auf berufliche Massnahmen bestehe auch für von einer Invalidität bedrohten Personen. Der Zeitpunkt des Eintretens einer allfälligen Invalidität sei unerheblich. Die Beschwerdeführerin qualifiziere als eine von einer Invalidität bedrohten Person. Dabei könne nicht ausschlaggebend sein, ob der Gutachter die Beschwerdeführerin aktuell als arbeitsfähig erachte. Vielmehr müsse die Untersuchung des Sachverhalts auch eine Prognose über den zukünftigen Verlauf stellen. Bei ihr bestehe ein absehbares Risiko, eine überwiegende Wahrscheinlichkeit hinsichtlich einer eintretenden Invalidität. Der Gutachter stelle nämlich die Diagnose eines St. n. Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion und St. n. psychophysischem Erschöpfungssyndrom. Vor diesem Hintergrund bestehe ohne berufliche Massnahmen die Gefahr einer zukünftigen Invalidität, sollte diese nicht bereits teilweise vorliegen. Der Gutachter habe betreffend ihre Persönlichkeitszüge keine definitive Diagnose gestellt. Es gehe deshalb nicht an, auf das Gutachten abzustellen. Auch sei das Gutachten im Hinblick auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und des daraus resultierenden Risikos einer Invalidität unvollständig. So sei der Gutachter nur am Rande auf die generalisierte Angststörung eingegangen, die sich aus den Akten ergebe. Die psychischen Einschränkungen würden sich fraglos negativ auf ihre Möglichkeit, einer Arbeit nachzugehen, auswirken. Auch der Gutachter stelle nicht in Abrede, dass anfänglich eine Störung von Krankheitswert bestanden habe. Hinzu trete, dass die Erfolge im Belastbarkeitstraining nur sehr schleppend eingetreten seien. Nachdem die Beschwerdeführerin gemäss dem Bericht von E. ___ im Umfang von 40% arbeitsfähig sei, sei die Weiterführung der beruflichen Massnahmen geeignet, den Eintritt einer Invalidität zu verhindern oder deren Folgen zu mildern. Auch Dr. I. ___ bestätige, dass eine Unterstützung in Form von beruflichen Massnahmen weiterhin sinnvoll sei (act. G1). Mit Einverständnis der Beschwerdeführerin stellte die Beschwerdegegnerin Prof. I. ___ am 25. März 2019 Ergänzungsfragen (IV-act. 106; siehe auch IV-act. 105). Prof. I. ___ beantwortete diese Fragen insbesondere dahingehend, er habe auf der Grundlage der ihm bekannten Fakten und seines eigenen Untersuchs bei knapp zureichender Mitarbeit der Beschwerdeführerin keine gesundheitsbedingten Anzeichen erkennen können, warum zukünftige Invalidität drohen würde. Vorbehandler hätten die Diagnose einer generalisierten Angststörung benannt, sie aber nicht per Psychostatus gemäss den Kriterien der ICD-10 nachvollziehbar gemacht. Er habe im Untersuch keine Anzeichen einer Angststörung gefunden. Wenn der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin wünsche, dass er sich diagnostisch zur Persönlichkeit äussere, müsse von einer Persönlichkeitsakzentuierung mit dissozialen Zügen (Z73.1) ausgegangen werden. Gegen eine Persönlichkeitsstörung spreche eindeutig, dass die Beschwerdeführerin trotz der dissozialen Anteile einen unauffälligen beruflichen Werdegang mit Studium und Tätigkeit als J. ___ erfolgreich habe bewältigen können (IV-act. 107-5 und 107-7). Bei der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung müsse immer eine Störung der Ich-Strukturen vorliegen. Prof. I. ___ wies darauf hin, in seinem Gutachten festgehalten zu haben, dass eine wesentliche Störung der Ich-Strukturen bei der Beschwerdeführerin nicht vorliege (IV-act. 107-6). Mit Beschwerdeantwort vom 17. April 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Auf das Gutachten vom

30. November 2018 könne abgestellt werden. Der Gutachter und der RAD-Arzt hätten Inkonsistenzen im Aktenmaterial festgehalten. Bezugnehmend auf den Arztbericht von Dr. C.____ vom 8. August 2018 (richtig: 12. September 2018) habe der Gutachter festgehalten, dass der beschriebene Psychostatus nicht zur diagnostizierten generalisierten Angststörung passe. Es handle sich um eine psychische Reaktion auf ein äusseres psychosoziales Ereignis mit ängstlich-depressiver Verstimmung. Der Gutachter habe gesamthaft keine Diagnose von psychiatrischen Störungsbildern bestehend auf der Grundlage von ICD-10 stellen können. Er habe festgehalten, dass allfällig anfänglich eine Anpassungsstörung mit vorwiegend depressivem Verstimmungszustand und ein Erschöpfungssyndrom bestanden hätten, welche sich auf dem Boden multipler psychosozialer Belastungsfaktoren entwickelt hätten. Nun liege keine psychiatrische Störung von Krankheitswert mehr vor. Es sei nicht ersichtlich, inwiefern die Beschwerdeführerin von einer Invalidität bedroht sein solle. Vielmehr sei den Akten zu entnehmen, dass die psychosozialen Belastungen sich im Laufe der Zeit reduziert hätten (act. G6). Mit Replik vom 7. Juni 2019 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. Sie sei sehr wohl von Invalidität bedroht. Seit dem Aufbaustraining bei E.____ habe sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert, zumindest aber sei keine wesentliche Verbesserung eingetreten. Ohne Weiterführung der Massnahmen werde ihr die Möglichkeit einer Steigerung ihrer Erwerbsfähigkeit von vornherein genommen. So würde dem Grundsatz "Eingliederung vor Rente" nicht Genüge getan. Obwohl der Gutachter von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgehe, bestehe gemäss demselben aktuell noch ein Anpassungsproblem. Auch aus diesem Grund sei es angezeigt, die beruflichen und Integrationsmassnahmen weiterzuführen. Ohne diese liege in Zukunft die Gefahr einer (zunehmenden) Arbeitsunfähigkeit vor. Sollte nicht ohnehin der Anspruch auf berufliche Massnahmen und Integrationsmassnahmen als weiterhin gegeben betrachtet werden, sei eine ergänzende und unabhängige Begutachtung angezeigt. Im Belastbarkeitstraining sei ein gewisser Erfolg eingetreten. Daher wolle die Beschwerdeführerin auch weiterhin an sich arbeiten, um ihre Situation zu verbessern. Das Rentenverfahren betreffend akzeptiere sie den Vorbescheid vom 9. Mai 2019, wonach das Leistungsbegehren abgewiesen werde. Das berufliche Fortkommen stehe im Vordergrund (act. G11). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G17 i.V.m. act. G18). Erwägungen Zu prüfen ist vorliegend einzig der Anspruch auf berufliche Massnahmen, da jener Verfügungsgegenstand ist. Betreffend die Ablehnung eines Rentenanspruchs hat die Beschwerdeführerin nach Erhalt des entsprechenden Vorbescheides schriftlich erklärt, diesen zu akzeptieren bzw. keinen Einwand zu erheben (act. G11.1). Die Beschwerdeführerin macht unter anderem geltend, das Gutachten sei mangelhaft. Dies ist nachfolgend zu prüfen. Um 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 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 der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des

Verwaltungsverfahren 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). Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz und der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). 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). Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen). Das Gutachten stützt sich unstreitig auf die vollständigen Vorakten sowie auf eine persönliche Untersuchung, welche gemäss Prof. I. ___ zwei Stunden dauerte (vgl. IV-act. 88-4 und 88-7 ff.). Keine Partei macht geltend, dass für die Begutachtung Fachärzte aus anderen Fachgebieten hätten beigezogen werden müssen und auch aus den Akten ergibt sich keine Notwendigkeit für solche Abklärungen. Das Gutachten erfüllt somit die Anforderung, auf allseitigen Untersuchungen zu beruhen und in Kenntnis der Vorakten erfolgt zu sein. Die Beschwerdeführerin hatte Gelegenheit, dem Gutachter ihre Beschwerden vorzutragen (vgl. insbesondere IV-act. 88-26 ff. und IV-act. 88-34). Prof. I. ___ setzte sich mit diesen ebenso auseinander wie mit jenen, welche sich aus den Akten ergaben (vgl. hierzu beispielhaft IV-act. 88-42 ff.), sodass die geklagten Beschwerden im Gutachten berücksichtigt wurden. Seine Beurteilung der medizinischen Situation ist grundsätzlich begründet, nachvollziehbar und einleuchtend, sodass das Gutachten als für die streitigen Belange umfassend erscheint (vgl. hierzu insbesondere IV-act. 88-47 f.). Es bleibt zu prüfen, ob die Vorbringen der Beschwerdeführerin am Beweiswert des Gutachtens Zweifel zu erwecken vermögen. Die Beschwerdeführerin bringt vor, der Gutachter habe keine definitive Diagnose betreffend Persönlichkeitszüge gestellt. Sie bezieht sich damit auf die Ausführungen Prof. I. ___s, wonach die akzentuierten Persönlichkeitszüge auffällig gewesen seien. Er wolle es bei einer Beschreibung der Persönlichkeitszüge belassen, ohne eine definitive Diagnose zu stellen (IV-act. 88-44). Die Beschwerdeführerin argumentiert, es gehe nicht an, ohne abschliessende Beurteilung hinsichtlich einer auffälligen Persönlichkeitsstörung auf das Gutachten abzustellen. Insofern müsse eine Ergänzung erfolgen. Dem ist entgegenzuhalten, dass bei der Beschwerdeführerin eben gerade keine Persönlichkeitsstörung vorliegt, wie sich aus den nachfolgenden Ausführungen ergibt. Der behandelnde Psychiater Dr. B. ___ hat keine entsprechende Diagnose gestellt. Auch im Rahmen des vorliegenden Verfahrens äusserte er nichts dergleichen. Er erklärte vielmehr, der negativen Beurteilung der Gesamtpersönlichkeit der Beschwerdeführerin könne er aus langer Erfahrung nur widersprechen (act. G1.3). Dr. C. ___ hingegen beschrieb das Verhalten der Beschwerdeführerin anlässlich des Untersuchs teilweise ähnlich wie Prof. I. ___. Er hielt insbesondere fest, im Affekt wirke die Beschwerdeführerin stark innerlich

angespannt, misstrauisch, leicht dysphorisch gereizt, resigniert und verzweifelt, verängstigt, affektlabil (act. G6.2/3-3; im Belastbarkeits- und Aufbautraining wird die Beschwerdeführerin zwar als freundlich und respektvoll im Umgang beschrieben, es wird aber auch vermerkt, dass sie zu Beginn der Massnahme den Kontakt zu anderen Teammitgliedern vermieden hat, vgl. IV-act. 76-4). Inhaltlich hat Dr. C.____ jedoch keine Hinweise auf Wahnideen, Halluzinationen oder Ich-Störungen festgestellt. Er schloss prämorbid psychische Probleme mit Krankheitswert inkl. Persönlichkeitsstörung sogar explizit aus (act. G6.2/3-4). Prof. I.____ fand klinisch Hinweise auf eine narzisstisch-strukturierte, zum Teil unreif wirkende Persönlichkeitsakzentuierung. Die Ich-Strukturen seien intakt (IV-act. 88-40). Gesamthaft würden keine psychiatrischen Störungsbilder auf der Grundlage des ICD-10 bestehen (IV-act. 88-44). Damit brachte der Gutachter klar zum Ausdruck, dass er bei der Beschwerdeführerin eine Persönlichkeitsakzentuierung, jedoch keineswegs eine Persönlichkeitsstörung erblickte. Er bestärkte das erneut im Rahmen der später an ihn gerichteten Ergänzungsfragen und erklärte dabei sinngemäss, er habe die Diagnose einer Persönlichkeitsakzentuierung mit dissozialen Zügen (Z73.1) im Gutachten bewusst nicht gestellt, weil sie sich nachteilig auf die beruflichen Chancen der Beschwerdeführerin auswirken könne, die Arbeitsfähigkeit aber nicht beeinträchtige (IV-act. 107). Somit ist bei der Beschwerdeführerin keine Persönlichkeitsstörung, sondern eine blossе Persönlichkeitsakzentuierung, welche die Arbeitsfähigkeit zumindest in quantitativer Hinsicht nicht beeinträchtigt, ausgewiesen. Das Gutachten ist insofern nicht unvollständig und muss demnach auch nicht ergänzt werden, damit darauf abgestellt werden kann. Die Beschwerdeführerin bringt sodann vor, der Gutachter sei zu Unrecht nur am Rande auf die generalisierte Angststörung eingegangen. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass der behandelnde Kinder- und Jugendpsychiater Dr. B.____ ursprünglich eine depressive Episode (F33.11), jedoch keine Angststörung diagnostiziert hatte. Dass Dr. C.____ später diese Diagnose stellte, mag allenfalls damit zusammenhängen, dass Dr. B.____ in einem Bericht vom 8. März 2017 schrieb: "A.____ ist nicht in der Lage, ihrer Arbeit wegen der vorhandenen Angststörung nachzugehen" (act. G6.2/2-7). Aber erst nachdem Dr. C.____ eine Angststörung diagnostiziert hatte, nahm Dr. B.____ diese auch in seine Diagnosenauflistung auf (vgl. IV-act. 58-2), wobei er die Angststörung nur als Teilsymptomatik innerhalb der Hauptdiagnose der depressiven Episode erachtete (act. G6.2/5-12). Dr. C.____ begründete kaum, weshalb bei der Beschwerdeführerin eine Angststörung vorliegen sollte. Er beschrieb lediglich, dass die Beschwerdeführerin auch Existenzängste bekommen habe (act. G6.2/3-2), gab mithin die subjektiv beklagten Beschwerden wieder. Zudem wirkte die Beschwerdeführerin gemäss Dr. C.____ zwar verängstigt, gleichzeitig aber auch stark innerlich angespannt, misstrauisch, leicht dysphorisch gereizt, resigniert und verzweifelt sowie affektlabil (act. G6.2/3-3). Die Angst bzw. Ängste scheinen daher anlässlich der Untersuchung nicht im Vordergrund gestanden zu haben. Sowohl Prof. I.____ als auch Dr. C.____ gehen von psychosozialen Belastungen und einem reaktiven Geschehen bei der Beschwerdeführerin aus. Prof. I.____ konnte jedoch die Diagnose der generalisierten Angststörung nicht nachvollziehen, sondern kam zum Ergebnis, dass eine Anpassungsstörung (F43.2) zu diagnostizieren gewesen wäre (vgl. act. G6.2/3-4 und IV-act. 88-42). Gemäss ICD-10 stellen bei den Angststörungen Manifestationen der Angst ohne bestimmten Bezug auf eine Umgebungssituation die Hauptsymptome dar. Depressive und Zwangssymptome, sogar einige Elemente phobischer Angst können vorhanden sein, vorausgesetzt sie sind eindeutig sekundär oder weniger ausgeprägt. Bei der generalisierten Angststörung ist die Angst generalisiert und anhaltend.

Die wesentlichen Symptome sind variabel, Beschwerden wie ständige Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühle oder Oberbauchbeschwerden gehören zu diesem Bild (vgl. ICD-10, F41 und F41.1). Vorliegend haben weder Dr. B. ___ noch Dr. C. ___ oder Prof. I. ___ dargetan, dass Ängste als Symptome im Vordergrund stehen würden oder die oben erwähnten Beschwerden, welche typische Anzeichen einer generalisierten Angststörung sind, vorliegen würden. Auch im Schlussbericht von E. ___ werden – abgesehen von der Erwähnung von Zukunftsängsten und finanziellen Sorgen (welche unter den gegebenen Umständen verständlich und auf die aktuelle Situation bezogen waren) – keine Ängste thematisiert. Das Gutachten überzeugt somit und es ist demnach mit Prof. I. ___ davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin nicht unter einer generalisierten Angststörung leidet. Auch die E-Mail Dr. B. ___s vom 30. Januar 2019 (act. G1.3) vermag das Gutachten nicht zu erschüttern. Insbesondere ist die persönliche Untersuchung anlässlich einer Begutachtung häufig auf wenige Stunden begrenzt. Die Tatsache, dass ein behandelnder Facharzt regelmässig über einen viel längeren Zeitraum mit der versicherten Person zu tun hat, führt nicht systematisch zu unverwertbaren Ergebnissen im Rahmen einer naturgemäss viel kürzer dauernden Begutachtung. An dieser Stelle sei erwähnt, dass Dr. B. ___ selbst mehrmals optimistische Prognosen stellte, von einer Verbesserung des Gesundheitszustands ausging und die zuerst als mittelgradig diagnostizierte depressive Episode zu einem späteren Zeitpunkt bloss noch als leicht einstuft (vgl. IV-act. 58-2 und IV-act. 80 sowie act. G6.2/2-6). Nach dem Gesagten vermag die Beschwerdeführerin am Beweiswert des Gutachtens keine Zweifel zu erwecken. Es ist deshalb darauf abzustellen. Demnach ist die Beschwerdeführerin als vollständig arbeitsfähig sowohl in ihrer angestammten wie auch in einer adaptierten Tätigkeit zu betrachten. Die Beschwerdeführerin macht sodann geltend, selbst wenn auf das Gutachten abgestellt werde, sei sie zumindest von Invalidität bedroht, sodass sie Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen habe. Sie beruft sich dabei auf Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20), welcher besagt, dass Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen haben, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. 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 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). Gemäss Art. 1 novies der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) liegt drohende Invalidität vor, wenn der Eintritt einer Erwerbsunfähigkeit überwiegend wahrscheinlich ist; der Zeitpunkt des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit ist unerheblich. Die blosser Möglichkeit bzw. Gefahr eines

Invaliditätseintritts genügt in Anbetracht der erwähnten Begriffsbeschreibung nach wie vor nicht für die Annahme einer drohenden Invalidität. Vielmehr muss der spätere Eintritt einer Erwerbsunfähigkeit bzw. einer anderweitigen leistungsspezifischen Invalidität nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen; es muss damit zu rechnen sein. Der spätere Eintritt der Invalidität muss nach wie vor – im Sinne einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit – gewiss sein, braucht aber im Gegensatz zur früheren Fassung nicht mehr in absehbar kurzer Zeit zu erfolgen (Silvia Bucher, Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung, Bern 2011, S. 73 f.).

Meyer/Reichmuth weisen darauf hin, dass die restriktive Fassung von Art. 8 Abs. 1 aIVG ein Schattendasein führte. Sie merken weiter an, es sei nicht anzunehmen, dass Art. 1 novies IVV in der Praxis eine höhere Bedeutung erlangen werde. Dies jedenfalls dann, wenn der darin enthaltene Begriff der Erwerbsunfähigkeit gleich verstanden werde wie die Legaldefinition in Art. 7 Abs. 1 ATSG, die von Erwerbsunfähigkeit erst dann spreche, wenn sie vorgängiger zumutbarer Behandlung und Eingliederung widerstanden habe (Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], in: Hans-Ulrich Stauffer/ Basile Cardinaux [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2014, Art. 8 N 14). Die Beschwerdeführerin argumentiert sinngemäss, ihr drohe Invalidität, weil bei ihr ein St. n. Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion und St. n. psychophysischem Erschöpfungssyndrom vorliege, eine anfängliche Störung auch von Dr. I. ___ nicht in Abrede gestellt werde und nach wie vor ein Anpassungsproblem vorliege. Diese Vorbringen machen eine drohende Invalidität nicht überwiegend wahrscheinlich, und zwar aus folgenden Gründen. Die Tatsache allein, dass in der Vergangenheit eine Krankheit aufgetreten ist, führt nicht pauschal dazu, dass ein wesentlich erhöhtes Risiko für eine künftige Invalidität entsteht. Die Beschwerdeführerin ist gemäss Gutachten sowohl angestammt als auch adaptiert zu 100% arbeitsfähig. Ihre Arbeitsfähigkeit ist demnach vollumfänglich erhalten und ihr steht eine relativ breite Palette an beruflichen Möglichkeiten offen. Auch ist nicht ersichtlich, inwiefern sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin durch Weiterausübung der angestammten Tätigkeit verschlechtern sollte (dies anders als wenn sich beispielsweise bei einem Bodenleger abzeichnet, dass sich ein Rückenleiden bei Weiterausübung seiner Tätigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verschlimmert). Zudem war die bisherige Behandlung der Beschwerdeführerin eher niederschwellig. Insbesondere wurde bisher weder eine tagesklinische noch eine stationäre psychiatrische Behandlung durchgeführt und hat die Beschwerdeführerin keine nennenswerte medikamentöse Therapie erhalten. Dr. med. K. ___, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, führte als beratender Arzt des Krankentaggeldversicherers aus, Dr. B. ___ habe die medikamentöse Behandlung gegenüber dem Krankentaggeldversicherer nicht angegeben. Erst Dr. C. ___ habe die Medikation in Erfahrung gebracht. Keines der von ihm erwähnten Medikamente sei geeignet, eine Depression zu behandeln. Depression und Angststörung seien bis zum Zeitpunkt des Konsiliums nicht entsprechend diesen behandelt worden (act. G6.2/5-10 f.). Trotz mehrjähriger Gesprächstherapie bei Dr. B. ___ wurde der Beschwerdeführerin offenbar nie eine psychopharmakologische Medikation verschrieben (vgl. IV-act. 88-36). Die versicherte Person kann die Behandlung ihrer Krankheit in Absprache mit ihrem Behandler weitgehend selbst bestimmen, solange keine Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Besteht eine Arbeitsunfähigkeit, unterliegt sie der im Sozialversicherungsrecht allgemein gültigen Schadenminderungspflicht. Gemäss Art. 7 IVG muss die versicherte Person alles ihr

Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit zu verringern und den Eintritt einer Invalidität zu verhindern. Sie muss an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu einer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich dienen, aktiv teilnehmen. Dies sind insbesondere medizinische Behandlungen nach Art. 25 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10; Art. 7 Abs. 1 und Abs. 2 lit. d IVG). Die versicherte Person hat sich deshalb, wenn bei ihr eine Arbeitsunfähigkeit besteht, der Behandlung zu unterziehen, die mit grösster Wahrscheinlichkeit zu einer schnellen Besserung ihres Gesundheitszustandes führt. Somit wären in erster Linie medizinische Massnahmen zu ergreifen, sollte sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verschlechtern (wofür derzeit aber keine Anzeichen auszumachen sind). Bevor eine Invalidität angenommen würde, wäre deshalb zuerst zu prüfen, ob nicht durch medizinische Behandlung eine Besserung des Gesundheitszustands und damit verbunden der Arbeitsfähigkeit, bzw. der Erwerbsfähigkeit erreicht werden könnte. Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, bei ihr bestehe gemäss Gutachter ein Anpassungsproblem, begründet auch das keinen Anspruch auf berufliche Massnahmen. Prof. I. ___ diagnostizierte bei der Beschwerdeführerin einen Status nach Anpassungsstörung. Eine allfällige Störung (der Krankheitswert zukommen könnte) liegt bei ihr demnach nicht mehr vor. Das Bundesgericht hat hierzu festgehalten, dass eine Anpassungsstörung medizinisch gesehen per definitionem ein zeitlich begrenztes Phänomen sei (Entscheid des Bundesgerichts vom 16. März 2017, 9C_87/2017). Zwar attestiert Prof. I. ___ der Beschwerdeführerin Anpassungsprobleme. Er hat diesen – in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des Bundesgerichts – jedoch keinen Krankheitswert beigemessen (vgl. IV-act. 88-45; siehe zu den Z-Diagnosen nach ICD auch Entscheid des Bundesgerichts vom 20. September 2011, 8C_302/2011, E. 2.3). Zudem ist nicht ersichtlich, inwiefern die Anpassungsprobleme der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit verunmöglichen oder erschweren würden. Im Gegenteil müsste die angestammte Tätigkeit als ideal adaptiert angeschaut werden, weil ihr diese ermöglicht, ihr Arbeitspensum flexibel einzuteilen. Zudem wäre es ihr bei ihrer Ausbildung ohne Weiteres möglich, eine unselbständige Tätigkeit anzunehmen. Insofern besteht auch in dieser Hinsicht keinerlei Anlass für berufliche Massnahmen. Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, sie habe schon an beruflichen Massnahmen teilgenommen und davon profitiert. Würde die Ansicht der Beschwerdegegnerin zutreffen, hätte sie gar nicht an solchen Massnahmen teilnehmen können (act. G11/5). Dem ist entgegenzuhalten, dass die beruflichen Massnahmen jeweils gestützt auf den damaligen Wissensstand verfügt wurden. Nachdem nun weitere Beweismittel wie das Gutachten vorliegen, hat die Beschwerdegegnerin zu Recht gestützt auf sämtliche Unterlagen unter Berücksichtigung des neuen Wissensstandes verfügt. Aus der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin in der Vergangenheit an beruflichen Massnahmen teilnehmen durfte, kann jedenfalls nicht auf eine drohende Invalidität bzw. einen weitergehenden Anspruch auf berufliche Massnahmen für die Zukunft geschlossen werden. Die Beschwerdeführerin bringt sodann vor, der Erfolg der beruflichen Massnahmen (Belastbarkeits- und Aufbautraining) sei nur sehr schleppend eingetreten, wie der Schlussbericht von E. ___ dokumentiere. In jenem Bericht wird indes weitgehend das subjektive Erleben der Beschwerdeführerin wiedergegeben (vgl. IV-act. 76). Zudem wurde das Aufbautraining wegen IV-fremder, psychosozialer Faktoren und der subjektiven Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin, wonach sie nur 20 bis 30% arbeitsfähig sei, abgebrochen. Indizien, welche auf eine drohende Invalidität in

absehbarer Zukunft hindeuten, lassen sich weder dem Schlussbericht von E.____ noch den weiteren Akten betreffend Belastbarkeits- und Aufbautraining entnehmen. Schliesslich macht die Beschwerdeführerin geltend, Prof. I.____ habe im Gutachten selbst berufliche Massnahmen als sinnvoll erachtet. Dabei handle es sich nicht um besonders kostenintensive Massnahmen, sodass die Verhältnismässigkeit gewahrt sei. Es mag zutreffen, dass berufliche Massnahmen die Beschwerdeführerin unterstützen und ihr den Wiedereinstieg in die Arbeitstätigkeit erleichtern würden. Auch die Eingliederungsverantwortliche sprach davon, dass solche Massnahmen für die Beschwerdeführerin sehr wertvoll wären. Ebenso empfahl Dr. B.____ deren Wiederaufnahme (act. G1.3). Es fehlt jedoch wie dargetan an den Anspruchsvoraussetzungen für berufliche Massnahmen, da weder eine Invalidität vorliegt noch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit droht. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde vollumfänglich abzuweisen. 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. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihr daran anzurechnen. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteienschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin bezahlt unter Anrechnung des Kostenvorschusses von Fr. 600.-- die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 600.--.

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