

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/69 vom 29. März 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-03-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_69

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/69 du 29 mars 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/69 del 29 marzo 2021

Regeste

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG: Gestützt auf ein für beweiskräftig befundenes Gutachten ist die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig. Die Gutachter fanden verschiedene Diskrepanzen und Inkonsistenzen. Objektivierete Befunde, welche sie nicht berücksichtigten, gehen aus den Berichten der behandelnden Ärzte nicht hervor (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. März 2021, IV 2019/69). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C_280/2021.

Volltext

Entscheid vom 29. März 2021 Besetzung Präsidentin Marie Löhner, Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner Geschäftsnr. IV 2019/69 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Marcel Strehler, MLaw, S-E-K Advokaten, Zürcherstrasse 310, 8500 Frauenfeld, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand IV-Leistungen Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherte) meldete sich am 26. Januar 2017 erneut bei der Invalidenversicherung (IV-Stelle) zum Leistungsbezug an (IV-act. 46). Die Versicherte war vom 1. Januar 2001 bis zum 30. April 2015 als Mitarbeiterin (Maschinenbedienerin Ablängerei) im B.____ bis zum 31. Juli 2004 zu 100 % und ab 1. August 2004 im 50 %-Pensum angestellt gewesen (Angaben Arbeitgeberin vom 14. März 2017, IV-act. 63). Am 17. Januar 2014 hatte sie sich aufgrund eines infiltrativen Adenokarzinoms der Zervix einer radikalen Hysterektomie unterziehen müssen (Operationsbericht Frauenklinik des Kantonsspitals St. Gallen [KSSG], IV-act. 17-3 ff.; Austrittsbericht vom 3. Februar 2014, IV-act. 17-1 ff.). Ein erstes Gesuch vom 20. September 2014 (IV-act. 7) war gestützt auf einen Konsiliarbericht von Dr. med. C.____, FMH Innere Medizin, speziell Rheumatologie, vom 19. Januar 2015 (Fremdakten, act. 6-2 ff.) und ein psychiatrisches Gutachten von Dr. med. D.____, Psychiatrie und Psychotherapie, Polydisziplinäre medizinische Abklärungen (PMEDA) vom 3. Februar 2015 (Fremdakten, act. 6-7 ff.), beide zuhanden des Krankentaggeldversicherers, mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 20. Juli 2015 (IV-act. 42) abgewiesen worden. RAD-Arzt Dr. med. E.____, Psychiatrie und Psychotherapie, nahm am 6. Februar 2017 Stellung, aus den eingereichten Berichten zu einer vom 14. bis 23. März 2016 durchgeführten multimodalen Schmerztherapie (Austrittsbericht Klinik für Rheumatologie KSSG vom 30. März 2016, IV-act. 48) sowie von Dr. med. F.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 10. Januar 2017 (IV-act. 47) ergebe sich keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes im Vergleich zum Referenzzeitpunkt (IV-act. 53). Daraufhin stellte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 6. Februar 2017 in Aussicht, auf das neue Gesuch nicht

einzutreten (IV-act. 56). Gegen diesen Vorbescheid erhob die Versicherte am 22. Februar 2017 Einwand (IV-act. 57) und reichte am 29. März 2017 einen Bericht der Klinik für Rheumatologie KSSG vom 16. März 2017 (IV-act. 65) sowie Arztberichte von PD Dr. med. G.____, Dermatologie und Venerologie, vom 31. Januar 2017 (IV-act. 66-2) und vom 23. März 2017 (IV-act. 66-1) ein, wonach Diagnosen gestellt worden seien - namentlich eine Nickel- und Kobaltallergie -, die bis anhin noch nicht berücksichtigt worden seien (IV-act. 64). In Würdigung weiterer Berichte von Dr. F.____ vom 28. Oktober 2017 (IV-act. 87) und der Klinik für Angiologie KSSG vom 7. November 2017 (IV-act. 86) nahm RAD-Ärztin Dr. med. H.____, Praktische Ärztin, am 15. Februar 2018 Stellung, gemäss telefonischer Auskunft von Dr. I.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, seien weder klinisch noch angiologisch irgendwelche Auffälligkeiten an Armen und Händen feststellbar. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit liege aufgrund des chronischen, toxisch-irritativen Handekzems keine Arbeitsfähigkeit mehr vor. In einer adaptierten körperlich leichten und wechselbelastenden Tätigkeit ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule bestehe eine ganztägige Arbeitsfähigkeit. Der psychische Gesundheitszustand habe sich nach versicherungspsychiatrischer Beurteilung vom 6. Februar 2017 nicht verändert. Hinweise auf neue medizinische Aspekte oder eine Intensivierung der Therapie lägen nicht vor (IV-act. 84). Gestützt darauf kündigte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 21. Februar 2018 die vorgesehene Abweisung des Leistungsbegehrens hinsichtlich beruflicher Massnahmen und Rente an. Die Versicherte sei in einer adaptierten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Eine Einschränkung bei der Stellensuche bestehe nicht (IV-act. 90). Mit Einwand vom 5. April 2018 legte die Versicherte einen Bericht von Dr. F.____ vom 22. März 2018 (IV-act. 93-3 ff.) ins Recht, wonach die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) erfüllt seien (IV-act. 93-1 ff.). Diesem waren medizinische und polizeiliche Berichte betreffend Vorfälle häuslicher Gewalt in den Jahren 1998 und 2003 beigelegt (IV-act. 93-6 ff.). Im Auftrag der IV-Stelle wurde die Versicherte durch das Medizinisches Zentrum Römerhof (MZR) polydisziplinär begutachtet (Gutachten vom 31. Oktober 2018; Dr. med. J.____, Allgemeine Innere Medizin; Dr. med. K.____, Psychiatrie und Psychotherapie; Dr. med. L.____, Orthopädische Chirurgie, Schwerpunkt Rheumatologie [D; Rheumatologie sowie orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates], Dr. sc. hum. dipl. psych. M.____, Neuropsychologie; Untersuchungen 20. Juni sowie 3., 4. und 24. Juli 2018; IV-act. 113). Die Gutachter beschrieben Inkonsistenzen und ein theatralisch anmutendes Verhalten der Versicherten (IV-act. 113-4 f.; IV-act. 113-7 ff.). Sie kamen zum Schluss, aus internistischer und orthopädisch-traumatologischer Sicht bestünden keine funktionellen Einschränkungen (IV-act. 113-6). Die neuropsychologische Symptomvalidierung habe auf ein aggravierendes Verhalten hingewiesen, weshalb nicht beurteilt werden könne, ob hier funktionelle Einschränkungen bestünden (IV-act. 113-6). Aus psychiatrischer Sicht sei aufgrund zahlreicher Diskrepanzen hinsichtlich einer PTBS lediglich eine Verdachtsdiagnose möglich. Aktuell sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer depressiven Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F32.4) auszugehen. Zudem bestehe eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (IV-act. 113-5). Die psychischen Leiden seien als leicht zu beurteilen, so dass sie keine funktionellen Einschränkungen bewirkten (IV-act. 113-7). Die Versicherte sei - unter Vorbehalt von Tätigkeiten mit Gefährdungspotential, da kognitive Störungen nicht ausgeschlossen werden könnten - vollumfänglich arbeitsfähig (IV-act. 113-9 f.). Nach Einholung einer Stellungnahme von RAD-Ärztin Dr. H.____ vom 13. November 2018 (IV-act. 114)

gewährte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom gleichen Tag erneut das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Leistungsbegehrens hinsichtlich beruflicher Massnahmen und Rente (IV-act. 117). Gestützt auf einen weiteren Bericht von Dr. F.____ vom 28. November 2018 (IV-act. 122-5 ff.) erhob die Versicherte am 7. Dezember 2018 Einwand und machte geltend, die Diagnosekriterien einer PTBS seien erfüllt und diese wirke sich auf die Arbeitsfähigkeit aus, weshalb diesbezüglich weitere medizinische Abklärungen zu tätigen seien. Die im psychiatrischen Gutachten angeführten Diskrepanzen bestünden nur vermeintlich. Im psychiatrischen Gutachten fänden sich erhebliche Ungenauigkeiten und die Feststellungen der behandelnden Psychiaterin seien unberücksichtigt geblieben (IV-act. 122-1 ff.). Der Einwand wurde der Gutachterstelle zur Stellungnahme unterbreitet (IV-act. 124), worauf diese am 30. Januar 2019 im Wesentlichen äusserte, der Bericht von Dr. F.____ vom 28. März 2018 sei im Gutachten eingehend gewürdigt worden (IV-act. 125). RAD-Ärztin Dr. H.____ nahm am 12. Februar 2019 abschliessend Stellung, an der RAD-Stellungnahme vom 13. November 2018, basierend auf dem Gutachten vom 31. Oktober 2018, könne festgehalten werden (IV-act. 126). Mit Verfügung vom 13. Februar 2019 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren in Bezug auf berufliche Massnahmen und Rente ab. Mit dem Einwand vom 7. Dezember 2018 würden keine entscheiderelevanten Fakten geltend gemacht. Der medizinische Sachverhalt sei mit dem Gutachten umfassend abgeklärt und die Einschätzung der behandelnden Psychiaterin hinreichend berücksichtigt worden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeit ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule. Es bestehe somit kein Anspruch auf berufliche Massnahmen und Rentenleistungen (IV-act. 128). Mit Beschwerde vom 18. März 2019 beantragt A.____, vertreten durch Rechtsanwältin MLaw S. Appert, die Verfügung vom 13. Februar 2019 sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben und es sei ihr eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, weitere fachärztliche medizinische Abklärungen vorzunehmen; subeventualiter seien ihr mindestens eine halbe Rente zuzusprechen und berufliche Massnahmen anzuordnen. In prozessualer Hinsicht beantragt sie die Sistierung des Verfahrens bis zum Vorliegen des Berichts über eine fachärztliche Untersuchung in der Klinik N.____. Die Beschwerdegegnerin sei in der angefochtenen Verfügung inhaltlich nicht auf ihre Einwände vom 7. Dezember 2018 eingegangen. Ihr Verhalten anlässlich der polydisziplinären Begutachtung sei durch ihre psychiatrischen Erkrankungen geprägt gewesen, die sich auf sämtliche Teilgutachten auswirkten und entsprechend zu würdigen seien. Die trotz der zahlreichen Diagnosen attestierte Arbeitsfähigkeit von 100 % sei nicht nachvollziehbar. Es werde verkannt, dass ihr die bisherige Tätigkeit aufgrund eines toxisch-irritativen Handekzems nicht mehr zumutbar sei. Das Resultat der neuropsychologischen Testung sei nicht auf Aggravation, sondern auf mangelndes Sprachverständnis und fehlenden Umgang mit Computern zurückzuführen; auch habe sie fehlerfreie Testergebnisse erzielt. Es lägen erhebliche neuropsychologische Einschränkungen vor, was selbst von den Gutachtern nicht ausgeschlossen worden sei. Die psychiatrischen Diagnosen könnten nicht als leicht beeinträchtigend beurteilt werden. Gemäss ihrer behandelnden Psychiaterin Dr. F.____ leide sie unter einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (Überweisungsschreiben vom 12. März 2019, act. G 1.3) und sei zu 100 % arbeitsunfähig (Schreiben vom 13. März 2019, act. G 1.4). Es seien eine neuropsychologische und eine psychiatrische Untersuchung hinsichtlich der posttraumatischen Belastungsstörung vorgesehen (act. G 1). Die Beschwerdegegnerin

schliesst sich am 13. Mai 2019 dem Sistierungsantrag der Beschwerdeführerin an (act. G 4). Am 14. Mai 2019 reicht die Beschwerdeführerin dem Versicherungsgericht einen Bericht vom 9. Mai 2019 über das Indikationsgespräch in der Klinik N.____ ein, wonach eine relative Indikation für eine Traumatherapie bestehe (act. G 6 und act. G 6.1). Die Präsidentin sistiert am 20. Mai 2019 das Verfahren (act. G 7). Die Beschwerdeführerin reicht am 31. Mai 2019 dem Versicherungsgericht einen Bericht vom 7. Mai 2019 über eine testpsychologische Untersuchung durch die Psychodiagnostik der Psychiatrie O.____ (act. G 8.1) sowie einen Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. F.____ vom 29. Mai 2019 (act. G 8.2) ein, wonach sie Computerarbeiten meide (act. G 8). Am 24. Juli 2019 legt sie den Bericht der Klinik N.____ vom 17. Juli 2019 über die stationäre Therapie in der Traumatherapiestation vom 4. Juni bis 2. Juli 2019 (act. G 10.1) ins Recht und beantragt die Aufhebung der Sistierung und die Gutheissung der Beschwerdeanträge (act. G 10). Die Präsidentin hebt die Sistierung am 6. August 2019 auf (act. G 11). Mit Beschwerdeantwort vom 27. September 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Behandelnde Ärztinnen und Ärzte würden im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Da die psychiatrische Gutachterin bezüglich der Diagnose einer PTBS mehrere Diskrepanzen erkannt habe, welche diese bei objektiver Betrachtung nicht als gesichert erscheinen lassen würden, habe sie nachvollziehbar bloss eine entsprechende Verdachtsdiagnose anerkannt. Ob die diagnostischen Kriterien vollumfänglich oder bloss im Sinne einer Verdachtsdiagnose erfüllt seien, sei letztlich nicht entscheidend. Massgebend seien vielmehr die konkreten funktionellen Auswirkungen auf das Leistungsvermögen. Die psychiatrische Gutachterin sei in Berücksichtigung des strukturierten Beweisverfahrens nachvollziehbar zum Ergebnis gelangt, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt sei. Die psychiatrische Begutachtung sei lege artis erfolgt und trage unausweichlich Ermessenszüge. Die abweichende Beurteilung der behandelnden Psychiaterin begründe keine Zweifel am psychiatrischen Teilgutachten. Der Bericht der Klinik N.____ vom 17. Juli 2019 sei durch zwei Psychologinnen ohne Kenntnis der Vorakten verfasst worden. Der Bericht vom 7. Mai 2019 betreffend die testpsychologische Untersuchung vom 1. Mai 2019 stelle das lege artis erstellte neuropsychologische Gutachten nicht in Frage. Der behandelnde Dermatologe habe am 23. März 2017 berichtet, aktuell gebe es bezüglich der Hände wenig Probleme. Deshalb habe kein Anlass zu einer dermatologischen Begutachtung bestanden. Ohnehin sei für die Beurteilung des Rentenanspruchs die 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit massgebend (act. G 14). Mit Replik vom 24. Dezember 2019 macht die neu durch Rechtsanwalt MLaw M. Strehler vertretene Beschwerdeführerin geltend, entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin hätten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit anders beurteilt, als sie dies unter Annahme einer vorliegenden PTBS getan hätten. Dem Austrittsbericht der Klinik N.____ vom 17. Juli 2019 sei zu entnehmen, dass sie teilweise körperlich oder auf Grund von traumatischen Erlebnissen von den Therapieprogrammen überfordert gewesen sei. Im mit Replik eingereichten Bericht der Klinik N.____ vom 17. Dezember 2019 über ein Indikationsgespräch bezüglich einer zweiten Phase einer Traumatherapie (act. G 20.1) werde die Diagnose bestätigt (act. G 20). Mit Duplik vom 10. Januar 2020 trägt die Beschwerdegegnerin vor, es würden im Bericht der Klinik N.____ vom 17. Dezember 2019 keine wichtigen Aspekte genannt, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben seien, denn die Diagnose einer PTBS sei schon von Dr. F.____

gestellt worden, von deren Berichten die Gutachterstelle Kenntnis gehabt habe (act. G 22). Erwägungen Die Beschwerdegegnerin hat eine erhebliche Änderung des Invaliditätsgrad gemäss Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) als glaubhaft gemacht erachtet, indem sie auf das Gesuch vom 26. Januar 2017 (IV-act. 46) eingetreten ist und schliesslich eine Begutachtung angeordnet hat. Da ein Rentenanspruch mit rechtskräftig gewordener Verfügung vom 20. Juli 2015 abgewiesen worden war (IV-act. 42), besteht ein allfälliger Rentenanspruch aufgrund der Neuanmeldung frühestens ab 1. Juli 2017 (Art. 29 Abs. 1 und 3 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]; BGE 142 V 550 f. E. 3.1 f.; Urteil des Bundesgerichts vom 18. Februar 2016, 9C_942/2015, E. 3.3.3). Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6, BGE 141 V 289 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C_1/2016, E. 4.3). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C_350/2017, E. 5.4, und vom 27. März 2015, 8C_673/2014, E. 5.1.1; BGE 143 V 427 E. 6). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen) sowie psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 141 V 281 und BGE 143 V 428, E. 7.1). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6). 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 mit Hinweisen). 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 der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und

-ärztinnen, 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. 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 ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen). Zu prüfen ist die Beweistauglichkeit des Gutachtens des MZR vom 31. Oktober 2018 (IV-act. 113). Dabei ist vor allem das psychiatrische Teilgutachten umstritten. Die Beschwerdeführerin schilderte den Gutachtern, 1996 sei sie, im sechsten Monat schwanger, von ihrem Ehemann verprügelt worden. Nachdem sie im Jahre 2003 von ihrem Ehemann erneut geschlagen und mit dem Tod bedroht worden sei, sei die Trennung erfolgt. Die Morddrohungen kämen ihr immer wieder hoch. Seit 2006 sei sie in psychiatrischer Behandlung, werde wegen chronischer Kopfschmerzen, die auf Tötlichkeiten ihres Ehemannes zurückgingen, abgeklärt und habe als alleinerziehende Mutter in einer 50 %-Anstellung als Maschinenbedienerin funktioniert. Die Krebsdiagnose Ende 2013 habe sie in eine Depression gestürzt und zu einem Wiederaufflammen des seit Kindheit bekannten Asthmas geführt. Seither fühle sie sich enorm müde und erschöpft. Neu seien Magen- und Gallensteinbeschwerden, Rückenbeschwerden und eine chronische Verstopfung hinzugekommen. Sie fühle sich aufgrund von Konzentrationsstörungen, Kraftlosigkeit und Nervosität in ihrer Lebensqualität stark eingeschränkt (IV-act. 113-25, 29). Sie habe Probleme mit den Fingermittelgelenken beider Hände, Schmerzen vom Nacken bis zum Gesäss, in beiden Kniegelenken, beiden Vorder- und Mittelfüssen, Fersen, beiden Schultern und an beiden Unterarmnenseiten. Die Rückenschmerzen strahlten in den Kopf, in beide Schultern und in beide Beine bis in die Zehen aus. Betroffen sei die rechte Körperseite, in letzter Zeit aber auch die linke. Sie hätten im Verlauf zugenommen. Die ständigen Schmerzen in den Schultern, an den Unterarmnenseiten bestünden seit 15, in den Füßen seit zehn und in den Knien seit drei Jahren. Weiter berichtet sie über Gefühllosigkeit des Oberkörpers und komplette Taubheit der Hände bis auf die Daumen (IV-act. 113-40 ff., 58, 73). Seit zwei Jahren leide sie an Gelenkschmerzen, Intensität 7 von 10 auf der visuellen analogen Schmerzskala (VAS; IV-act. 113-25, 29). Weiter leide sie an Schlafstörungen mit Albträumen (IV-act. 58, 72) sowie Schwäche- bzw. Schwindelanfällen, aufgrund derer sie zwei- bis dreimal wöchentlich hin falle (IV-act. 113-70). Aus internistischer Sicht konnte das berichtete seit Kindheit bestehende Asthma nicht objektiviert werden, da trotz mehrmaliger Instruktion die kleine Lungenfunktionsprüfung nicht möglich gewesen sei (IV-act. 113-34 f.). Es liessen sich internistisch keine funktionellen Einschränkungen begründen (IV-act. 113-36). Die orthopädische Gutachterin liess Röntgenbilder beider Handgelenke/Hände, Sprunggelenke, der Halswirbelsäule, der Schultergelenke, der Brust- und Lendenwirbelsäule, des Beckens

sowie der Kniegelenke und Füße anfertigen. Diese zeigten unter anderem eine vermehrte Kyphosierung der Brustwirbelsäule mit ventraler und lateraler Syndesmophytenbildung im mittleren BWS-Bereich (etwa BWK 5 bis 10), degenerative Veränderungen der Facettengelenke LWK 5/SWK 1 beidseits, ein gering verschmälertes kraniales Gelenkspalt des linken Hüftgelenkes und einen geringgradig verminderten medialen und lateralen Gelenkspalt im linken stärker als im rechten Knie (IV-act. 113-48 ff.). Sie diagnostizierte unter anderem ein pseudoradikuläres Lumbalsyndrom beidseits bei Facettengelenksarthrose LWK 5/SWK 1 beidseits, ein Zerviko-Thorakalsyndrom ohne behinderungsrelevantes Korrelat und eine initiale Gonarthrose beidseits und Coxarthrose links (IV-act. 113-51). Die Diagnose einer Fibromyalgie könne nicht bestätigt werden, da die Versicherte an einem pseudoradikulären Lumbalsyndrom beidseits bei Facettengelenksarthrose LWK 5/SWK 1 beidseits, einem Zerviko-Thorakal-Syndrom, einer initialen Gonarthrose beidseits und einer Coxarthrose links leide (IV-act. 113-54). Die ubiquitären Druckschmerz- und Schmerzangaben der Wirbelsäule liessen sich mit den altersentsprechenden radiologischen Befunden vom 20. Juni 2018 nicht erklären. Hinweise auf eine Reizung zervikaler, thorakaler oder lumbaler Nervenwurzeln hätten nicht bestanden. Die degenerativen Veränderungen der Facettengelenke LWK 5/SWK 1 beidseits erklärten gelegentliche belastungsabhängige Rückenschmerzen, bedingten jedoch keine relevanten Funktionseinschränkungen (IV-act. 113-51). Die angegebenen Beschwerden im Bereich der Hände und Füße und die als vermindert demonstrierte Kraftentfaltung beider Hände seien aus orthopädisch-traumatologischer Sicht nicht nachvollziehbar (IV-act. 113-52). Die initialen degenerativen Veränderungen der Kniegelenke und des linken Hüftgelenkes hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 113-52). Die orthopädische Expertin führte aus, während der Untersuchung sei die Beschwerdeführerin zweimal in theatralisch anmutender Weise auf den Fussboden gesunken, sie habe gestöhnt, die Lendenwirbelsäule verrenkt und bei der Rückwärtsbewegung der Arme erheblich gegengespannt und geschluchzt. Die Beweglichkeit der Hals- und Lendenwirbelsäule und der so genannte Schürzengriff seien spontan uneingeschränkt gewesen als in der Untersuchung (IV-act. 113-44 ff., 51). Sämtliche Waddell-Zeichen als Hinweis auf eine nichtorganische Pathologie seien positiv gewesen. Es bestünden massive Verdeutlichungstendenzen und der Verdacht auf ein Aggravationsverhalten (IV-act. 113-51). Die neuropsychologische Gutachterin führte aus, beide Teile des Symptomvalidierungstests hätten Werte ergeben, die extrem weit unter denen lagen, die bei motivierter Mitarbeit zu erreichen seien. Es habe ein aggravierendes Verhalten beobachtet werden können (IV-act. 113-61). Die Testergebnisse waren im Einzelnen mehrheitlich unterdurchschnittlich bis weit unterdurchschnittlich (vgl. IV-act. 113-61 f.). Es sei höchst wahrscheinlich, dass die Versicherte beim Symptomvalidierungstest aggravierte Reaktionen gezeigt habe. Die eklatanten mnestischen Funktionsverluste hätten nicht dem im Gespräch gewonnenen Eindruck entsprochen. Es seien Inkonsistenzen bei der Bearbeitung unterschiedlicher Tests aufgefallen. Die verlangsamten Reaktionszeiten hätten eine Variabilität aufgewiesen, die neuropsychologisch nicht erklärbar sei (IV-act. 113-65). Inwieweit bessere Ergebnisse möglich gewesen wären, könne wegen der Aggravation nicht beurteilt werden. Daher könnten die Ergebnisse der Tests nicht inhaltlich ausgewertet und allfällige tatsächliche und spezifische Defizite differenzialdiagnostisch nicht festgestellt werden (IV-act. 113-66). Diese Beurteilung wurde durch die zweite neuropsychologische Untersuchung vom 1. Mai 2019 bestätigt: Auch hier wurden Resultate erzielt, die eine reduzierte Anstrengungsbereitschaft als wahrscheinlich erscheinen liessen, weshalb die Authentizität

der rein neurokognitiven Defizite aus neuropsychologischer Sicht in Frage gestellt werden müsse. Somit lasse sich die Arbeitsfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht nicht valide einschätzen. Die psychiatrische Symptomatik vermöge die auffälligen Werte in einem Performanzvalidierungstest nicht vollumfänglich zu erklären, weshalb eine Aggravationstendenz wahrscheinlich sei (Bericht Psychiatrie O.____ vom 7. Mai 2019, act. G 8.1). Die behandelnde Psychiaterin Dr. F.____ führt die Testergebnisse auf sprachliche Schwierigkeiten, eine ausgeprägte Schamproblematik (Stellungnahme vom 13. März 2019, act. G 1.4) und auf eine Angst der Beschwerdeführerin, an einem PC zu arbeiten, zurück (Stellungnahme vom 29. Mai 2019, act. G 8.2). Hierzu ist zu bemerken, dass die neuropsychologische Begutachtung in Anwesenheit eines professionellen Übersetzers stattfand (IV-act. 113-57). Der Intelligenztest war gar sprachfrei (IV-act. 113-61) und lag trotzdem im unterdurchschnittlichen Bereich. Eine computergestützte Durchführung ist (lediglich) bei der Testung der attentionalen Funktionen ausdrücklich vermerkt (IV-act. 113-62). Zudem kann angenommen werden, dass die neuropsychologische Untersucherin aufgrund ihrer Fachkenntnisse in der Lage gewesen wäre, eine Blockade der Beschwerdeführerin gegenüber Computern zu erkennen und die in diesen Tests erzielten Ergebnisse entsprechend zu würdigen. Schliesslich hielt die neuropsychologische Gutachterin fest, die eklatanten mnestischen Funktionsverluste hätten nicht dem im Gespräch gewonnenen Eindruck entsprochen (IV-act. 113-65). Ähnlich führte die psychiatrische Gutachterin aus, die Beschwerdeführerin habe mit gleichbleibender Konzentrationsspanne aufmerksam das Gespräch verfolgt. Sie habe teilweise leicht verzögert klar und präzise geantwortet und Lebensgeschichte und Beschwerden fliessend geschildert, was auf ganz unauffällige mnestische Funktionen hindeute. Im Gespräch hätten sich keine Hinweise auf relevante kognitive Schwierigkeiten gefunden (IV-act. 113-80 f.). Das neuropsychologische Gutachten erscheint damit nachvollziehbar und überzeugend. Die psychiatrische Gutachterin diagnostizierte eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), eine Bulimia nervosa und eine depressive Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F32.4; IV-act. 113-86). Für die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien die Kriterien einer hartnäckigen Forderung nach medizinischen Untersuchungen, von andauernden, schweren und quälenden Schmerzen sowie der Verbindung zu einem emotionalen Konflikt oder einer psychosozialen Belastung nicht erfüllt (IV-act. 113-90). In Bezug auf eine posttraumatische Belastungsstörung stellte die psychiatrische Gutachterin lediglich eine Verdachtsdiagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und brachte zu einzelnen Diagnosekriterien Vorbehalte aufgrund von Diskrepanzen an: So habe die Beschwerdeführerin angegeben, seit ihrer Hochzeit 1994 unter Flashbacks zu leiden, habe aber dennoch bis im Jahr 2003 mit ihrem Ehemann zusammengelebt und erst im Jahr 2006 psychiatrische Hilfe und bislang keine traumaspezifische Therapie in Anspruch genommen. Untypisch sei, dass die Symptomatik trotz jahrelanger ambulanter psychischer Behandlung als weitgehend stabil und unveränderlich im Zeitablauf geschildert werde. Weiter gebe sie Todesängste vor ihrem Ehemann an, obwohl die Trennung auf dessen Initiative hin erfolgt sei. Ein Vermeidungsverhalten sei nicht ausgewiesen. Trotz seit Jahren bestehender posttraumatischer Symptomatik sei sie bis zum Jahr 2014 nie arbeitsunfähig gewesen (IV-act. 113-86 ff.). Ähnlich bemerkte auch der internistische Gutachter, die Schilderungen der Beschwerdeführerin, gerne arbeiten zu wollen, grosse Angst vor ihrem Ehemann zu haben, sich zu schämen und sich nicht aus dem Haus zu trauen, widerspreche dem Verhalten in der Freizeit und dass sie nach wie vor in der Nähe des einstigen Ehemannes

wohne (IV-act. 113-36). Die behandelnde Psychiaterin hatte am 28. März 2018 dargelegt, die Diagnosekriterien einer PTBS seien ihrer Ansicht nach erfüllt. Die Beschwerdeführerin habe sich gegenüber ihrem Vater schuldig gemacht, indem sie ihren Lohn nicht der Familie habe zukommen lassen und ihren Ehemann geheiratet habe, obwohl der Vater gegen die Ehe gewesen sei. Hieraus habe sich ein so genanntes traumatisches Introjekt entwickelt, ein Sich-Schuldig- und Bestraft-Fühlen, wobei es durch die Krebsdiagnose zu einer Retraumatisierung gekommen sei (vgl. IV-act. 93-3 f.). Ergänzend führte sie in ihrer Stellungnahme vom 28. November 2018 zum Gutachten aus, eine allfällige Aggravation sei Ausdruck der Erkrankung der Beschwerdeführerin im Sinne einer konkretistischen Form, Leiden zu vermitteln. Durch die Therapie würden die Flashbacks nicht verschwinden, sondern es werde ein besserer Umgang damit erlernt. Das Trauma sei ein Aspekt ihrer Therapie. Die Ängste hätten die Beschwerdeführerin gerade daran gehindert, sich von ihrem Ehemann zu trennen. Nachdem sie von ihm verlassen worden sei, habe sie in ihrem Selbstverständnis absolut keinen Wert mehr und sei die Gefahr, getötet zu werden, noch höher. Sie verlasse die Wohnung alleine ausschliesslich, um in die Therapie zu gehen, dort könne sie davon ausgehen, dass jemand reagieren würde, falls sie nicht erscheinen würde. Die Gutachterin sei zu konkretistisch vorgegangen und habe ihre Innenwelt nicht verstanden (IV-act. 122-5 f.). In einer weiteren Stellungnahme vom 13. März 2019 betonte sie, während allen Therapiesitzungen sei bei ihr nie der leiseste Verdacht einer Aggravation aufgekommen (act. G 1.4). Auch während des stationären Aufenthaltes in der Klinik N.____ vom 4. Juni bis 2. Juli 2019 und in einem Indikationsgespräch zu einer zweiten Phase der Traumatherapie wurden die Diagnose einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) und eine grundsätzlich eindeutige Indikation zu einer ätiologieorientierten und störungsspezifischen Traumatherapie bestätigt. Im Eintrittsbefund wurde unter anderem festgehalten, es bestünden ein Hyperarousal mit Nervosität, Schlafstörungen, Reizbarkeit und Lautwerden, ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten auf kognitiver und Verhaltensebene, Einschränkungen der Emotionsregulation und ein verändertes Selbstbild mit Schuld- und Schamgefühlen, starke Hinweise auf Somatisierung sowie dissoziative Amnesien, dissoziative Bewegungsstörungen und selten dissoziative Ohnmachtsanfälle (Berichte Klinik N.____ vom 17. Juli 2019, act. G 10.1, und vom 17. Dezember 2019, act. G 20.1, wobei letzterer auch durch eine Fachärztin unterzeichnet wurde). Der Gutachterin lagen die Akten über die Vorfälle von 1998 und 2003 vor (IV-act. 93-6 ff.). Ebenso waren ihr die seit Kindheit vorhandenen lebensgeschichtlichen Belastungen der Beschwerdeführerin bekannt. In den Berichten von Dr. F.____ vom 28. November 2018 und der Klinik N.____ werden keine mit einer posttraumatischen Belastungsstörung assoziierten Symptome beschrieben, welche die Beschwerdeführerin nicht auch gegenüber der Gutachterin geschildert hätte oder die insbesondere im Bericht von Dr. F.____ vom 28. März 2018 nicht erwähnt worden wären. Im Unterschied zur behandelnden Psychiaterin und zur Klinik N.____ prüfte die Gutachterin die Konsistenz der geltend gemachten Beschwerden vertieft und mass den von ihr aufgeführten Diskrepanzen höheres Gewicht zu. Dies entspricht ihrer Aufgabe als Gutachterin, wonach für die Arbeitsfähigkeitsschätzung nur mit überwiegender Wahrscheinlichkeit objektivierte Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt werden dürfen. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf die unterschiedliche Aufgabe und Optik der behandelnden und der begutachtenden Fachpersonen (vgl. dazu BGE 124 I 175, E. 4, Urteile des Bundesgerichts vom 27. September 2017, 8C_295/2017, E. 6.4.2, vom 24. November 2015, 9C_353/2015, E. 4.1 und vom 29. September 2009, 9C_661/2009, E. 3.2). Was die

depressiven Episoden anbelangt, diagnostizierte die behandelnde Psychiaterin diese gemäss Bericht vom 28. Oktober 2017 als leichtgradig (IV-act. 87). Im Bericht vom 22. März 2018 (IV-act. 93-3 ff.) und vom 28. November 2018 (IV-act. 122-5 ff.) äusserte sie sich nicht dazu. Erst im Bericht der Klinik N. ___ vom 17. Juli 2019 (act. G 10.1) ist wieder von einer mittelgradigen depressiven Episode die Rede. Dieser Ablauf legt nahe, dass hier im Zeitpunkt der Begutachtung (Juni/Juli 2018) eine Remission vorlag. Im neuropsychologischen Bericht vom 7. Mai 2019 wurde denn auch eine Exazerbation aufgrund des Todes des Vaters der Beschwerdeführerin drei Wochen vor der Untersuchung am 1. Mai 2019 in Betracht gezogen (act. G 8.1). Somit ist überwiegend wahrscheinlich, dass eine relevante Verschlechterung der depressiven Symptomatik erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 13. Februar 2019 eintrat. Die in den Berichten der Klinik N. ___ erwähnten dissoziativen Störungen (act. G 10.1; act. G 20.1) sind bislang diagnostisch noch nicht erfasst oder gar therapeutisch angegangen worden. Die Beschwerdeführerin hatte anlässlich der psychiatrischen Begutachtung zwar angegeben, "in letzter Zeit" öfters zu stürzen (IV-act. 113-70), einen entsprechenden Befund konnte die Gutachterin jedoch offenbar nicht erheben (IV-act. 113-80 ff.). In der orthopädischen Begutachtung kam es allerdings zu zweimaligem demonstrativ langsamem Sinken auf den Fussboden, das die Gutachterin als theatralisch anmutend bzw. Aggravationsverhalten beschrieb (IV-act. 113-45, 51). Auch hier ist eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung nicht plausibel. Die psychiatrische Gutachterin befand, die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Flexibilität/ Umstellungsfähigkeit, die Anwendung fachlicher Kompetenzen, die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit seien nicht beeinträchtigt, die Durchhaltefähigkeit sei leicht, die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Dritten, die Gruppenfähigkeit, die Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen, zu Spontan-Aktivitäten und zur Selbstpflege seien nicht und die Verkehrsfähigkeit sei leicht beeinträchtigt (IV-act. 113-82 ff.). Mehrfach berichtete die Beschwerdeführerin, sie absolviere Physiotherapie, MTT, Wassertherapie und nehme Analgetika ein (IV-act. 113-41 f., 76). Die psychiatrische Gutachterin führte aus, die Beschwerdeführerin verfüge über Kontakte zu Angehörigen und treffe Leute in der Kirche. Es gebe keine Hinweise für einen ausgewiesenen sozialen Rückzug (IV-act. 113-78). Als Ressource sei das gute soziale Umfeld zu werten. Ressourcenhemmend seien teilweise dysfunktionale Bewältigungsstrategien. Auch ein sekundärer Krankheitsgewinn mit vermehrter Zuwendung und Unterstützung durch ihre Kinder sei als möglicher aufrechterhaltender Faktor für die Störung zu diskutieren (IV-act. 113-93). Zur Konsistenz hielten sowohl die orthopädische als auch die neuropsychologische Gutachterin fest, die Angaben der Beschwerdeführerin seien vage geblieben und nicht konstant gewesen (IV-act. 113-41 f., 60). Die fehlende Inanspruchnahme orthopädisch-traumatologischer Behandlungen und die fehlende Einnahme von Novalgin seien diskrepant zu den angegebenen starken Schmerzen (IV-act. 113-54). Auch dass die Waddellzeichen alle positiv waren, spricht gegen eine Konsistenz der geltend gemachten Beschwerden (vgl. IV-act. 113-9). Die psychiatrische Gutachterin hielt fest, die Angaben seien leicht verzögert, klar und präzise erfolgt (IV-act. 113-80). Die geltend gemachten Beschwerden und Einschränkungen konnten sodann - wie bereits dargelegt - nur teilweise objektiviert werden. So berichtete die Beschwerdeführerin von auch während der Untersuchung stattfindenden Flashbacks, ohne dass für die Gutachterin eine vegetative Erregung oder emotionale Anspannung ersichtlich wurde (vgl. IV-act. 113-71). Im kognitiven Bereich

fielen der psychiatrischen und der neuropsychologischen Gutachterin in der Untersuchungssituation keine Defizite auf (IV-act. 113-60, 81). Die von der psychiatrischen Gutachterin in Bezug auf das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung aufgezeigten Diskrepanzen betreffen vorab das Vermeidungsverhalten in Bezug auf die Angst vor einer Begegnung der Beschwerdeführerin mit ihrem früheren Ehemann oder mit seinen Angehörigen. Selbst wenn sich diese Unstimmigkeiten durch die Argumente der behandelnden Psychiaterin teilweise entkräften liessen, scheint die posttraumatische Symptomatik die Beschwerdeführerin nicht in allen Lebensbereichen einzuschränken. Es wird nicht beschrieben, dass sie Angst vor sämtlichen unbekanntem Menschen, Menschenansammlungen oder Männern hätte; sofern sie sich vor ihrem ehemaligen Ehemann und seinen Angehörigen in Sicherheit wähnt, bewirkt die posttraumatische Symptomatik keine wesentlichen funktionellen Einschränkungen. Insgesamt wurden die im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens massgeblichen Standardindikatoren hinreichend erörtert und haben kein konsistentes Bild gleichmässiger funktioneller Einschränkungen in sämtlichen Lebensbereichen ergeben. Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden ist somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Damit ist mit dem RAD von einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit auszugehen, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht sowohl berufliche Massnahmen als auch Rentenleistungen abgelehnt hat. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde 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 und durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Die Beschwerdeführerin hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.

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