

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2024/145 vom 26. Mai 2025**

Sg Versicherungsgericht, 2025-05-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2024\\_145](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2024_145)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2024/145 du 26 mai 2025

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2024/145 del 26 maggio 2025

## **Regeste**

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG: Die geltend gemachten Beschwerden (insbesondere Schwindel und Erschöpfung) lassen sich nicht objektivieren. Es liegen Inkonsistenzen und ein suboptimales Leistungsvermögen in der neuropsychologischen Begutachtung vor. Gemäss beweistauglichem Gutachten besteht in allen Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Mangels Erfüllung des Wartejahres (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) hat die Beschwerdeführerin keinen Rentenanspruch (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. Mai 2025, IV 2024/145).

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Anfechtungsgegenstand ist die Verfügung vom 29. Mai 2024, mit welcher ein Anspruch auf eine Invalidenrente mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades abgewiesen wurde (IV-act. 195). Das Gesuch um berufliche Massnahmen wurde bereits mit Mitteilung vom 4. August 2021 abgewiesen (IV-act. 64). Es ist somit einzig zu prüfen, ob frühestens ab 1. Oktober 2020 (sechs Monate nach der Anmeldung, Art. 29 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]) ein Rentenanspruch besteht.

### **E. 1.2.1**

Am 1. Januar 2022 sind im Zuge der Weiterentwicklung der IV revidierte Bestimmungen im Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) sowie im Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) samt entsprechendem Verordnungsrecht (Weiterentwicklung der IV [WEIV]; Änderung vom 19. Juni 2020, AS 2021 705, Bbl 2017 2535) sowie per 1. Januar 2024 Art. 26bis Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in Kraft getreten.

### **E. 1.2.2**

Nach den allgemeinen Grundsätzen des materiellen intertemporalen Rechts sind bei einer Rechtsänderung in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen. Besondere übergangsrechtliche Regelungen bleiben vorbehalten (BGE 150 V 323 E. 4.2, S. 328; BGE 144 V 213 E. 4.3.1; Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], Rz 9101).

### **E. 1.2.3**

Zwar erging die hier angefochtene Verfügung erst nach dem 1. Januar 2022. Vorliegend steht indessen ein frühestens per 1. Oktober 2020 (siehe E. 1) und somit vor dem 31. Dezember 2021 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion. Damit beurteilt sich die

vorliegende Streitigkeit nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage.

## **E. 2**

IV 2024/145 7/17

### **E. 2.1**

Art. 8 Abs. 1 ATSG 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).

### **E. 2.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b), und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

### **E. 2.3**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, sind 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 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen). Die urteilenden Instanzen haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (vgl. auch Art. 61 lit. c ATSG). 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). Rechtsprechungsgemäss ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens gemäss Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in IV 2024/145 8/17

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; Urteil des Bundesgerichts vom 13. Februar 2019, 8C\_801/2018, E. 4.3).

#### **E. 2.4**

Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 61 lit. c ATSG). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. 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 Versicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn der festgestellte Sachverhalt unauflösbare Widersprüche enthält oder wenn eine entscheidungswesentliche Tatfrage bisher auf einer unvollständigen Beweisgrundlage beantwortet wurde (M. LENDFERS in: U. Kieser / M. Kradolfer / M. Lendfers, Kommentar ATSG, 5. Aufl., 2024, Art. 61 N 88).

#### **E. 2.5**

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 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

#### **E. 3**

Die angefochtene Verfügung stützt sich in medizinischer Hinsicht auf das Gutachten vom 15. September 2023. Hauptsächlich werden von der Beschwerdeführerin Schwindelbeschwerden angegeben, welche sie in ihrer Arbeitsfähigkeit einschränkten. Zudem hält sie das psychiatrische Teilgutachten für untauglich. Zu prüfen ist somit, ob der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt ist.

#### **E. 3.1**

Der rheumatologische Gutachter erhob umfassend die Anamnese unter Berücksichtigung der vorangegangenen orthopädischen Abklärungen (IV-act. 144-42 ff.) und den klinischen Befund (IV-act. 144-44 ff.) mit Einbezug der bildgebenden Voruntersuchungen (IV-act. 144-46). Der Gutachter diagnostizierte als die Arbeitsfähigkeit einschränkend eine anhaltende Epicondylopathia humeri radialis links und ein chronisches cervicospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont (IV-act. 144-47). Er bezeichnete die pathologischen Befunde am Bewegungsapparat als lediglich geringfügig und nicht mit der subjektiven Einschätzung der Beschwerdeführerin einer lediglich 20%igen Arbeitsfähigkeit vereinbar (IV-act. 144-47). Zur Arbeitsfähigkeit führte er aus, in der bisherigen sowie einer angepassten Tätigkeit – ergonomisch richtige Sitzposition, keine stereotypen Rotations- und Reklinationsbewegungen der HWS, Nutzung des linken Arms primär als Zudien-Arm – bestehe zur Gewährung gewisser Arbeitspausen eine um maximal 20 % reduzierte Leistungsfähigkeit (IV-act. 144- IV 2024/145 9/17

48 f.). Diese Einschätzung ist nachvollziehbar, entgegenstehende medizinische Akten sind nicht vorhanden. Sie wird auch nicht beanstandet.

#### **E. 3.2**

Der neurologische Gutachter befragte die Beschwerdeführerin ausführlich zum Schwindel und zur beruflichen Tätigkeit (IV-act. 144-52). Im Rahmen der Gangprüfung beschrieb er Inkonsistenzen (IV-act. 144-53). Er konnte weder einen Nystagmus (IV-act. 144-53) noch Einschränkungen der Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit oder mnestiche Defizite feststellen (IV-act. 144-54). Er führte aus, die Auffälligkeiten bei den Koordinationstests seien aufgrund ihrer Ausprägung als funktionell einzuordnen (IV-act. 144-54). Ein möglicher initial vorhandener organischer Anteil der Beschwerden bestehe aktuell nicht mehr; im Vordergrund stehe eine funktionell phobische Komponente (IV-act. 144-54). Er diagnostizierte keinen Gesundheitsschaden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellte er unter anderem einen multifaktoriellen Schwindel mit wesentlicher funktionell-phobischer Komponente und anamnestisch Verdacht auf höheren benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel (IV-act. 144-55). Damit bestätigte er die Diagnose von Dr. J.\_\_\_\_, der einen phobischen Schwankschwindel für sehr wahrscheinlich hielt (Bericht vom 27. Januar 2023, IV-act. 139-13). Der Gutachter attestierte eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Er ergänzte, zu bedenken sei lediglich, dass bei im Vordergrund stehendem funktionellem Schwindel keine besonderen Aufgaben mit Anforderungen an das Gleichgewichtsvermögen gestellt werden sollten (IV-act. 144- 55 f.). Auch wenn der Gutachter somit dem Schwindel keinen quantitativen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zumass, erscheint es dennoch sinnvoll, die Auswirkungen eines möglichen Schwindels bei den Adaptionenkriterien als qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen. Die Beschwerdeführerin bringt keine Einwände vor, welche gegen die Zuverlässigkeit der neurologischen Beurteilung sprechen.

### **E. 3.3**

Der otorhinolaryngologische Gutachter erfragte die Beschwerden, insbesondere deren Verlauf und Auftreten. Er nahm audiologische Untersuchungen vor und konnte weder in der Lage- noch in der Lagerungsprüfung Nystagmen feststellen (IV-act. 144-69). Er fand weder subjektiv noch objektiv auditive Schranken und unauffällige Befunde bezüglich Nystagmen und der peripheren vestibulären Funktion (IV-act. 144-70). Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine intermittierende Schwankschwindelsymptomatik (IV-act. 144-70), aufgrund derer sturzgefährdete Tätigkeiten vermieden werden sollten (IV-act. 144-71). Die Arbeitsfähigkeit schätzte er aufgrund des durch die intermittierende Schwankschwindelsymptomatik reduzierten Arbeitstempos auf 90 % (IV-act. 144- 71 f.). Auch diese Beurteilung erscheint nachvollziehbar.

### **E. 3.4.1**

Der neuropsychologische Gutachter kam zum Schluss, dass aufgrund der Konfundierung von Begabung und Anstrengung bei Leistungstests und des wahrscheinlich suboptimalen IV 2024/145 10/17

Leistungsverhaltens keine zuverlässige Interpretation der erbrachten Resultate möglich sei. Es seien somit keine Befunde objektivierbar und reproduzierbar, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit valide begründen könnten (IV-act. 144-65).

### **E. 3.4.2**

Der neuropsychologische Gutachter führte weiter aus, die Beschwerdevalidierungstests seien weitgehend durchschnittlich ausgefallen (IV-act. 144-61 f., 64). Hingegen würden verschiedene Tests der Aufmerksamkeit, der Lernleistung und des Gedächtnisses auf ein

suboptimales Leistungsverhalten hinweisen (vgl. IV-act. 144-62 ff.). Bei der Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf Beschwerden ergeben, welche die beschriebenen Auffälligkeiten erklären könnten. Die gängigen Kriterien für das Vorliegen eines suboptimalen Leistungsverhaltens (nach Slick et al. [1999]) seien erfüllt. Die Annahme eines suboptimalen Leistungsverhaltens erfolgte somit vorliegend nicht aufgrund von Beschwerde- oder Performanzvalidierungstests, sondern aufgrund von in die herkömmlichen Testverfahren «eingebettete Indikatoren» im Sinne von Parametern, die in herkömmlichen kognitiven Testverfahren integriert bzw. deren Verfahren innewohnend sind. Sie stellen ebenfalls Instrumente zur Validierung kognitiver Einschränkungen dar (A. FREI in: A. Frei [Hrsg.], Neuropsychologische Begutachtungen in der Schweiz – aktuelle Beiträge, conexus. Publikationen der fortgeschrittenen Forschenden und Lehrenden der Universität Zürich, 2022, S. 76 f.). Somit stellt die Tatsache, dass vor allem die Leistungstests, weniger aber die Validierungstests auf suboptimales Leistungsverhalten hinwiesen, die Beweiskraft der neuropsychologischen Beurteilung nicht in Frage. Der Gutachter hat die Ergebnisse abgewogen und insbesondere auch ausgeführt, dass die unzureichende Leistungsbereitschaft nicht krankheitsbedingt sei. Nachvollziehbar erscheint auch, dass die gezeigten Leistungen nicht mit dem Alltagsverhalten (inklusive der Arbeit als Aktivierungstherapeutin und in der Seniorenbetreuung) vereinbar sind.

### **E. 3.5**

Insgesamt erfüllen das rheumatologische, neurologische, otorhinolaryngologische und neuropsychologische Gutachten (E. 3.1. bis 3.4) die Anforderungen an die Rechtsprechung und sind beweistauglich. Dies trifft auch auf das internistische Gutachten zu, in welchem lediglich Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (arterielle Hypertonie und Dyslipidämie) gestellt und keine Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit erhoben werden konnten.

### **E. 4**

Weiter ist vertiefter auf das von der Beschwerdeführerin als mangelhaft gerügte psychiatrische Teilgutachten einzugehen. Während der psychiatrische Gutachter im Wesentlichen argumentiert, der behandelnde Psychiater habe keinen ordentlichen Befund nach ADMP erhoben, bemängelt dieser zusammen mit der Beschwerdeführerin im Wesentlichen, die gutachterliche Untersuchung sei nicht regelrecht erfolgt. Es seien während rund 55 Minuten lediglich Eckdaten abgefragt worden. Der Gutachter sei nicht auf ihre emotionale Verfassung und auf die Befunde des behandelnden Psychiaters IV 2024/145 11/17

eingegangen. Im Folgenden ist somit die Beweistauglichkeit des psychiatrischen Teilgutachtens vertieft zu prüfen.

#### **E. 4.1**

Vorab ist festzuhalten, dass die Dauer der Untersuchung allein kein massgebliches Kriterium darstellt. Gemäss den Qualitätsindikatoren der Eidgenössischen Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung (EKQMB; abrufbar unter <https://www.ekqmb.admin.ch/ekqmb/de/home/empfehlungen/empfehlungen/indikatoren.html#142289426>, Fassung vom 5. April 2024) muss die Dauer des Untersuchungsgesprächs in einem angemessenen Verhältnis zur Fallkomplexität stehen (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts vom 23. Januar 2025, 8C\_318/2024, E. 4.4). Dem psychiatrischen Gutachter war auch bewusst, dass die Untersuchung an einem die Beschwerdeführerin

emotional belasteten Tag stattfand (Audiodatei, ca. Min. 7:40). Wie in den nachfolgenden Erwägungen aufgezeigt wird, konnte der psychiatrische Teilgutachter keine psychiatrischen Befunde erheben, da die Beschwerdeführerin die erfragten Beschwerden (wie z. B. eine Angststörung) verneinte. Passend dazu schilderte sie auch in allen fünf Teilgutachten kein einziges Mal ein psychisches Leiden (siehe jeweils spontane Angaben der versicherten Person bzw. vertiefte Befragung und Angabe des jetzigen Leidens eingangs jedes Teilgutachtens). Deshalb bestand auch kein Grund für eine längere Exploration, da keine weiteren Erkenntnisse zu erwarten waren. Beim Hören der Audiodatei der psychiatrischen Befragung entsteht der Eindruck, dass die Beschwerdeführerin ihre Leiden angeben konnte und die Eckdaten ausführlich erhoben werden konnten. Die Eckdaten wurden gemäss den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP (Stand 16. Juni 2016, 3. vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage, S. 9) korrekt und umfassend erhoben und sind für die Beurteilung relevant. Allerdings gilt im Begutachtungsprozess ein multimethodaler Ansatz und damit ist nicht nur die reine Exploration ausschlaggebend für die Beurteilung (Qualitätsleitlinien, S. 5).

#### **E. 4.2.1**

Während der psychiatrische Gutachter einzig einen somatoformen Schwindel (ICD-10: F45.9) ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte (IV-act. 144-37 ff.) und der Beschwerdeführerin eine Arbeitsfähigkeit von 100 % attestierte, diagnostizierte der behandelnde Psychiater eine teilremittierte chronische rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F 33.4) in Verbindung mit einer Dysthymie (ICD-10: F34.1; double depression) sowie eine komorbide komplexe Angststörung (ICD-10: F40.1) in Verbindung mit einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) und einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (IV 107). Er sah die Beschwerdeführerin im angestammten Beruf als Aktivierungstherapeutin zu maximal 20 % bis 30 % arbeitsfähig (IV-act. 182; IV-act. 108) und betrachtete die Symptome wie Schwindel und kognitive Blockaden als Ausfluss der Angststörung (vgl. IV-act. 180). IV 2024/145 12/17

#### **E. 4.2.2**

Der psychiatrische Gutachter konnte keine Befunde erheben, welche die Diagnose einer Angststörung rechtfertigten. Er befragte die Beschwerdeführerin am Ende der Untersuchung nach Ängsten. Sie führte aus, sie fürchte sich allenfalls in einer Unterführung. Sie halte sich nicht für ängstlich. Einzig der behandelnde Psychiater sage, sie habe eine Phobie (Audiodatei, ca. Min. 51:30). Sie berichtete zwar, unter vielen Leuten trete der Schwindel verstärkt auf, sie halte sich jedoch gerne unter Leuten auf (IV-act. 144-32; IV-act. 144-59). Hinweise auf ein relevantes Vermeidungsverhalten ergeben sich auch nicht aus dem Tagesablauf (vgl. IV-act. 144-34); die Beschwerdeführerin nimmt Aktivitäten in Angriff, muss sie aber zufolge Auftreten des Schwindels bzw. Überforderung zeitlich eingrenzen.

#### **E. 4.2.3**

Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung setzt als auslösendes Ereignis eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypischen Ausmasses voraus, die bei fast jeder Person eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (BGE 142 V 342 S. 345, E. 5.1). Wie der psychiatrische Gutachter zu Recht ausführt, mögen die von der

Beschwerdeführerin angeführten Umstände rund um das Scheitern ihrer Ehe mit Vorenthaltung der Kinder (IV-act. 144-59) zwar tiefgreifend gewesen sein, erreichen aber nicht das geforderte Mass des Belastungskriteriums, auch weil die Symptomatik erst Jahre nach diesen Vorfällen auftrat (vgl. dazu BGE 142 V 342 E. 5.2.2 S. 347 und Urteil des Bundesgerichts vom 16. Januar 2020, 9C\_548/2019, E. 6.3.2).

#### **E. 4.2.4**

Die Symptome einer Angststörung oder posttraumatischen Belastungsstörung wie Flashbacks und Vermeidungsverhalten etc. wurden im Rahmen der Begutachtung nicht geschildert (IV-act. 144- 37). Der psychiatrische Gutachter hielt fest, es fänden sich keine Anhaltspunkte frei flottierender Ängste katastrophisierenden Charakters und Symptome einer Phobie mit Vermeidungsverhalten und entsprechender vegetativer Symptomatik seien verneint worden (IV-act. 144-36). Symptome einer Traumafolgestörung hätten die Beschwerdeführerin bzw. ihr behandelnder Psychiater nicht beschrieben (IV-act. 144-36). Zwar berichtet dipl. Arzt E.\_\_\_\_ von Symptomen einer Angst- oder posttraumatischen Belastungsstörung (Arztbericht vom 20. Juni 2020, IV-act. 12-4, und Stellungnahme vom 27. März 2024, IV-act. 180 f.), aus seinen Ausführungen geht allerdings nicht hervor, aufgrund welcher Befunde er auf deren Vorliegen schloss bzw. inwiefern er diesbezügliche Aussagen der Beschwerdeführerin objektivieren konnte. Somit stellte der psychiatrische Gutachter aufgrund fehlender Befunde zu Recht nicht die vom Behandler gestellten Diagnosen einer Angststörung oder einer posttraumatischen Belastungsstörung.

#### **E. 4.2.5**

Zum Schwindel stellte der psychiatrische Gutachter fest, es fänden sich keine pathoanatomisch begründbaren Befunde. Die Schwindelsymptomatik trete gemäss Angaben der Beschwerdeführerin in unspezifischen Situationen wie beispielsweise Überforderungserleben oder unter vielen Menschen verstärkt auf, wobei ein Vermeidungsverhalten nicht beschrieben worden sei (IV-act. 144-37 f.). Er diagnostizierte einen somatoformen Schwindel (ICD-10: F45.9), was mit der neurologischen Diagnose eines phobischen Schwankschwindels im Einklang steht. Er führte weiter aus, für den Schwindel seien IV 2024/145 13/17

keine auslösenden Faktoren zu eruieren, und beurteilte ihn als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 144-37 ff.). Der behandelnde Psychiater stellte weder eine eigenständige Diagnose den Schwindel betreffend noch beschrieb er entsprechende Befunde.

#### **E. 4.3.1**

Der psychiatrische Gutachter bezeichnete die Stimmungslage als ausgeglichen, streckenweise subdepressiv herabgesetzt. Er führte aus, ein durchgehender depressiver Affekt sei nicht wahrnehmbar gewesen; Antrieb und Modulationsfähigkeit seien unauffällig bzw. gut gewesen. Eine rezidivierende depressive Symptomatik habe die Beschwerdeführerin verneint und eine solche sei in der aktuellen Untersuchung nicht feststellbar gewesen (IV-act. 144-35 f.).

#### **E. 4.3.2**

Diese Einschätzung deckt sich auch mit den Aufzeichnungen der Audiodatei. Dieser lässt sich entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin als «eher aufgestellten Typ» bezeichnete und die Frage des Gutachters nach früheren depressiven Phasen dahingehend beantwortete,

diese hätten im Zusammenhang mit der Scheidung eher situationsbedingt bestanden, sonst aber nicht (ca. Min. 16 der Aufnahme). Am Schluss der Untersuchung fragte der Gutachter die Beschwerdeführerin nach ihrer Stimmung, worauf sie entgegnete, sie sei optimistisch (ca. Min. 51:20). Wie die Beschwerdeführerin zu Recht bemerkt (act. G 1 S. 1), bejahte sie die Frage, nicht mehr leben zu wollen. Allerdings wollte der Gutachter anschliessend genauer wissen, ob es sich um Gedanken, nicht mehr leben zu wollen, handle oder ob sie sich etwas antun wolle. Daraufhin gab die Beschwerdeführerin an, «nei, aatue nūme». Früher sei dies ganz schlimm gewesen. Sie habe deshalb Sertralin erhalten. Der Gutachter hakte nochmals nach «aber jetzt ist erstmal gut, oder?», worauf die Beschwerdeführerin antwortete, sie habe sich ihr Leben schon anders vorgestellt (ca. Min. 53 der Aufnahme). Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (act. G 1 Ziff. 13 a.E.) beendete er somit das Gespräch nicht abrupt, sondern erst nach weiterem Nachfragen. Der psychiatrische Sachverständige hielt abschliessend im Gutachten fest, Suizidalität habe nicht bestanden (IV-act. 144-35). Gegenüber dem neuropsychologischen Gutachter führte die Beschwerdeführerin sodann aus, sie sei einfach müde, «richtig schlapp». Es sei unterschiedlich, in den letzten Wochen gehe es schlecht. Beim Arbeiten habe sie schon Freude. Im Dezember (wohl 2022, Untersuchung am 17. Juli 2023, IV-act. 144-58) habe sie ein Tief gehabt (IV-act. 144-59).

### **E. 4.3.3**

Der behandelnde Psychiater beschrieb bereits im Bericht vom 20. Juni 2020 (IV-act. 12-4) und im Verlaufsbericht vom 10. Mai 2022 (IV-act. 107) einzelne depressive Symptome. In der Stellungnahme vom 27. März 2024 hielt er fest, psychopathologisch im Vordergrund seien aktuell wiederkehrende körperliche Symptome und kognitive Defizite nach spätestens drei- bis vierstündiger Exposition. Daneben erwähnte er unter anderem wiederkehrende Befürchtungen, Erwartungen nicht zu erfüllen und Insuffizienzgefühle, reduzierte Vitalgefühle, eine überwiegende Freudlosigkeit und IV 2024/145 14/17

zeitweise verzweifelte Gedanken, aber auch eine gute Verträglichkeit und Wirksamkeit der Medikation (IV-act. 181 f.). Auch wenn die Beschwerdeführerin zeitweise depressive Symptome beklagt, erlaubt dies nicht den Schluss, dass diese während längeren Zeiträumen stärker ausgeprägt waren als im Zeitpunkt der Begutachtung. Dies ergibt sich vor allem mit Blick auf die niedrige Behandlungsintensität.

### **E. 4.4.1**

Sowohl der psychiatrische als auch der neurologische Gutachter konnten keine relevante kognitive Beeinträchtigung feststellen (IV-act. 144-35; IV-act. 144-54). Der neuropsychologische Gutachter kam zum Schluss, zufolge suboptimalen Leistungsverhaltens sei eine valide Einschätzung allfälliger kognitiver Einschränkungen nicht möglich (IV-act. 144-65; vgl. dazu E. 3.4). Hingegen berichtete der behandelnde dipl. Arzt E.\_\_\_\_ verschiedentlich von kognitiven Einschränkungen (IV-act. 107; IV-act. 182). Kognitive Einschränkungen wurden auch durch die Betreuenden während der Eingliederungsmassnahme vom 28. September 2020 bis 31. Juli 2021 in der Stiftung F.\_\_\_\_ beschrieben (vgl. IV-act. 61-1 f., nachfolgende E. 4.7.3). Sie führten aus, die Beschwerdeführerin könne Arbeiten nur bei vorgegebenem Rahmen und Struktur selber planen, ansonsten fehle es ihr an Konzentrationsfähigkeit. Flexibilität sei nur möglich, wenn die Arbeiten verinnerlicht seien. Die Beschwerdeführerin könne sich Abläufe nur schwer merken und müsse daher auf Arbeitswechsel vorbereitet werden. Klar strukturierte

Aufgaben mit der Möglichkeit zu Rückfragen gäben ihr Sicherheit. In einem Rahmen mit viel Struktur könne sie sich einigermaßen zurecht finden. Ein Umfeld mit vielen Reizen sei nicht förderlich. Nach vierstündigem Arbeitseinsatz am Morgen sei die Beschwerdeführerin müde. Nach ihren Angaben schlafe sie dann daheim zuerst einmal, bevor sie danach einkaufen gehe und ein kleiner Spaziergang möglich sei (Schlussbericht Stiftung F.\_\_\_\_ vom 20. Juli 2021, IV-act. 61- 1 f.).

#### **E. 4.4.2**

Das während der Eingliederung gezeigte Verhalten vermag die gutachterlichen Einschätzungen, nicht zu entkräften, nachdem aufgrund der neuropsychologischen Begutachtung auch suboptimales Leistungsverhalten vorliegt. Die beklagte Ermüdbarkeit liess sich insbesondere aus psychiatrischer Sicht nicht objektivieren (Stellungnahme des psychiatrischen Gutachters vom 18. März 2024, IV- act. 175). Im Übrigen widerspricht die Beurteilung der Betreuenden nicht der gutachterlichen, insbesondere der psychiatrischen, Einschätzung. Denn es finden sich darin weder Hinweise auf körperliche noch weitere psychische Einschränkungen.

#### **E. 4.5**

Weiter erhob der psychiatrische Gutachter die Ressourcen und Belastungen der Beschwerdeführerin und äusserte sich zu der von ihr in Anspruch genommenen Therapie. So berücksichtigte er die familiär belastete Anamnese als ressourcenbelastend (IV-act. 144-38). Für eine Persönlichkeitsstörung fand er jedoch keine Anhaltspunkte (IV-act. 144-37). Auch aus dem erhobenen Tagesablauf ergeben sich keine schwerwiegenden Einschränkungen. Die Beschwerdeführerin führt IV 2024/145 15/17

den Haushalt selbständig, kocht, liest, malt, lernt Englisch, macht Nordic Walking und Turnübungen und schwimmt im See. Auch unternimmt sie bis zu zweistündige Spaziergänge, wobei nach einer halben Stunde latente Schwindelsymptome auftreten würden. Zwischen den verschiedenen Tätigkeiten legt sie nach eigenen Angaben Ruhepausen ein (IV-act. 144-34; IV-act. 144-43). Betreffend die bisherigen Therapien ist den Akten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben im Jahr 1999 wegen erheblicher familiärer Schwierigkeiten (IV-act. 144-34) in stationärer psychiatrischer Behandlung war, danach nicht mehr. Seit März 2020 befindet sie sich in ambulanter psychiatrischer Behandlung, die seit Anfang 2023 zur Hauptsache in Form von monatlichen telefonischen Konsultationen und medikamentös mit 100 mg Sertralin und niedrig dosiertem Quetiapin erfolge (IV-act. 144-32, 34). Der behandelnde Psychiater gibt zusätzlich das Medikament Pregabalin (25 mg bis 50 mg) und kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen sowie eine achtsamkeitsbasierte Strategievermittlung an (IV-act. 182). Er bezeichnet die Medikation als gut verträglich und wirksam (IV-act. 182). Die Intensität und gute Wirksamkeit der Behandlung sind diskrepant zu Einschränkungen, die gemäss Behandler eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70 % rechtfertigen sollen. Es bestehen somit Inkonsistenzen zwischen dem Ausmass der geltend gemachten Einschränkungen einerseits und der Alltagsgestaltung und der Behandlungsintensität andererseits. Der psychiatrische Gutachter hat alle erforderlichen Aspekte berücksichtigt und nachvollziehbar gewürdigt. Insgesamt ergeben sich weder aus den Berichten des Behandlers noch seiner Stellungnahme vom 27. März 2024 Indizien gegen die Zuverlässigkeit des psychiatrischen Gutachtens, weshalb die gutachterliche Einschätzung nicht in Frage zu stellen ist.

## **E. 5**

Nach dem Gesagten erweist sich das polydisziplinäre Gutachten gesamthaft als beweistauglich. Es ist von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % (rheumatologisch führend) sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer adaptierten Verweistätigkeit vor Ablauf des Wartejahres im November 2020 auszugehen (vgl. IV-act. 144-12). Der Schwindel wurde sowohl in den Diagnosen mit und ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in den verschiedenen Teilgutachten aufgenommen wie auch bei den Adaptionenkriterien und der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (otorhinolaryngologisches Teilgutachten: 90%ige Arbeitsfähigkeit) berücksichtigt.

## **E. 6**

Da die Beschwerdeführerin somit das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG nicht erfüllt, besteht kein Rentenanspruch. Ein Einkommensvergleich erübrigt sich somit. Die angefochtene Verfügung erweist sich folglich im Ergebnis als korrekt.

## **E. 7**

IV 2024/145 16/17

### **E. 7.1**

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

### **E. 7.2**

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind die Gerichtskosten vollumfänglich aufzuerlegen. Mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist die geschuldete Gerichtsgebühr getilgt.

### **E. 7.3**

Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese sind mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe getilgt. 3. Der Antrag auf Parteientschädigung der Beschwerdeführerin wird abgewiesen. IV 2024/145 17/17

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