

# **SO\_GERICHTE VSBES.2016.49 vom 11. Januar 2016**

SO Obergericht, 2016-01-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2016.49](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.49)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2016.49 du 11 janvier 2016

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2016.49 del 11 gennaio 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 11. Januar 2016 sei aufzuheben, soweit die IV-Rente auf 31. Oktober 2014 befristet werde und der Beschwerdeführerin sei auch ab 1. November 2014 eine Invalidenrente der Invalidenversicherung zuzusprechen.

### **E. 2**

Eventualiter: Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 11. Januar 2016 sei aufzuheben und die Sache zur Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts und Neuverfügung an die IV-Stelle zurückzuweisen.

### **E. 3**

3.1 Die Beschwerdegegnerin legt in ihrer Verfügung vom 11. Januar 2016 (A.S. 1 ff.) dar, die Beschwerdeführerin würde ohne gesundheitliche Einschränkung einer ausserhäuslichen Tätigkeit im Ausmass von 80 % nachgehen, wobei die restlichen 20 % in den Aufgabenbereich fielen. Es komme daher die gemischte Methode zur Anwendung. Die angestammte Tätigkeit als Hilfsköchin sowie jegliche Verweistätigkeiten seien ihr ab dem 31. Januar 2012 nicht mehr zumutbar gewesen. Nach Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von einem Jahr habe sie somit ab dem 1. Januar 2013 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Erfreulicherweise habe sich ihre gesundheitliche Situation nach einer Operation vom 10. Dezember 2013 sowie der entsprechenden Erholungsphase wieder verbessert, so dass ihr ab dem 17. Juli 2014 aus versicherungsmedizinischer Sicht eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit, ohne repetitives Einsetzen der Hände (vorwiegend im Kontroll- oder Überwachungsbereich) wieder in einem Pensum von 100 % zumutbar sei. Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich hier eine Leistungseinschränkung von 20 %. Dabei könne die Beschwerdeführerin ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen. Daher werde die Rente per 31. Oktober 2014 aufgehoben. Aufgrund ihrer subjektiven Krankheitsüberzeugung sowie der wenig erfolversprechenden Aussichten seien die Voraussetzungen für weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen nicht erfüllt. Der Umstand, dass sich die Beschwerdeführerin wegen ihrer Schmerzproblematik und einer Gesichtslähmung in Behandlung habe begeben müssen, weise nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Zustandsverschlechterung aus. Die beiden Leiden seien der Beschwerdegegnerin bekannt gewesen. Sie seien von den Gutachtern des E.\_\_\_\_ bzw. vom RAD-Arzt bereits gewürdigt worden und führten zusammen mit anderen Leiden zur festgestellten Leistungseinschränkung von 20 %. Dieser Grad stelle einen Maximalwert dar. Die Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung werde nicht von der geänderten Rechtsprechung des Bundesgerichts betreffend strukturiertes Beweisverfahren erfasst. Selbst wenn dem so wäre, könnte vorliegend ein solches unterbleiben, da die unspezifische Somatisierungsstörung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht den

hierfür relevanten Schweregrad erreiche. Dafür spreche, dass diese Diagnose im Gutachten nur unter Vorbehalt angegeben werde und zudem von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten vorher nie gestellt worden sei. 3.2 Die Beschwerdeführerin lässt dem in ihrer Beschwerde vom 12. Februar 2016 (A.S. 10 ff.) entgegenhalten, sie habe sich aufgrund ihrer Ellbogenbeschwerden bereits im September 2015 im D.\_\_\_\_ vorgestellt. Das D.\_\_\_\_ diagnostiziere in seinem anschliessenden Bericht vom 27. November 2015 unter anderem eine chronische (neuropathische) Schmerzerkrankung am Epicondylus humeri radialis links sowie eine schwere Depression und habe dringlich einen erneuten stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik empfohlen. Die Beschwerdegegnerin habe es unterlassen, die im Einwand beantragten weiteren Abklärungen vorzunehmen. Dies obwohl der RAD in seinem Bericht vom 3. März 2015 anerkannt habe, dass weitere Ellbogenoperationen im September und Oktober 2014 zumindest bis zum 10. Januar 2015 zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit geführt hätten. Wenn die Schmerzen in den Ellbogen neuropathischer Natur seien, so könnten diese in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht ausser Acht gelassen werden. Das Nämliche gelte für die Gesichtslähmung, welcher umso grössere Bedeutung zukomme, je schwerer die depressive Erkrankung ohnehin schon sei. Die komplexe Sachlage rechtfertige durchaus die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens im Sinne von BGE 141 V 281. Des Weiteren sei darauf hinzuweisen, dass der gemischte Status nicht mit 80 % ausserhäuslicher Erwerbstätigkeit, sondern mit deren 90 % zu gewichten sei. Schliesslich sei bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades ausser Haus zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin seit 1999 eine schwere körperliche Arbeit verrichtet habe, weshalb ihr auch vom Invalideneinkommen ein leidensbedingter Abzug zu gewähren sei, wobei unter Berücksichtigung der gesamten Umstände 15 % gerechtfertigt seien. 3.3 In ihrer Vernehmlassung vom 15. April 2016 (A.S. 21 f.) führt die Beschwerdegegnerin schliesslich aus, die schmerztherapeutische Untersuchung der Beschwerdeführerin im D.\_\_\_\_ stelle keine neue medizinische Tatsache dar. Die Ellbogenbeschwerden seien in der Begutachtung des E.\_\_\_\_ eingehend gewürdigt worden. Die undifferenzierte Somatisierungsstörung falle wie bereits erwähnt nicht in den Anwendungsbereich der neuen Schmerzrechtsprechung. Man habe den Status der Beschwerdeführerin durch den Abklärungsdienst prüfen lassen. Das Ergebnis sei in einem Bericht begründet worden. Soweit die Beschwerdeführerin ohne Vorbringen von Gründen einen höheren Anteil an ausserhäuslicher Tätigkeit geltend mache, sei ihr nicht zu folgen. Zum leidensbedingten Abzug sei schliesslich zu sagen, dass die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiterhin körperlich schwere Arbeit zu verrichten, rechtsprechungsgemäss nicht (mehr) automatisch zu einem leidensbedingten Abzug führe. Der Tabellenlohn im Niveau 1 umfasse eine Vielzahl von leichten bis mittelschweren Tätigkeiten. Ein Abzug rechtfertige sich nicht.

#### **E. 4**

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4). Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der

rentenanspruchs begründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG). 4.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (AHI 2001 S. 113 E. 3a). 4.3 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352). 5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 11. Januar 2016 (A.S. 1 ff.) der Beschwerdeführerin zu Recht vom 1. Januar 2013 bis 31. Oktober 2014 eine ganze Invalidenrente zugesprochen und diese per 1. November 2014 wieder aufgehoben hat. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das interdisziplinäre medizinische Gutachten des E. \_\_\_\_ vom 17. Juli 2014 (IV-Nr. 67), weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Dieses teilt sich auf in einen allgemeinmedizinischen / internistischen, orthopädischen und psychiatrischen Bereich. Die Beweiskraft des Gutachtens wird nicht grundsätzlich bestritten. Es wird indessen geltend gemacht, dass im vorliegenden Fall ein strukturiertes Beweisverfahren gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung (BGE 141 V 281) durchzuführen sei und die Beschwerdegegnerin weitere Abklärungen hätte vornehmen müssen. 5.1 Der psychiatrische Gutachter Dr. med. F. \_\_\_\_ nennt als Diagnosen eine rezidivierend-depressive Störung, gegenwärtig leichtgradig (ICD 10 F 33.0, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit), eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD 10 F 45.1) und eine mögliche posttraumatische Belastungsstörung (ICD 10 F 43.1). Den beiden letzteren Diagnosen misst er keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin gehört die undifferenzierte Somatisierungsstörung zum Symptomenkomplex der somatoformen Störungen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_551/2015 vom 17. März 2016, E. 5.2, mit Hinweisen) und ist damit den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage (sog. Pausbonog) zuzuordnen. Das gleiche gilt für die vom Gutachter als möglicherweise vorhanden taxierte posttraumatische Belastungsstörung. Auch diesbezüglich hat das Bundesgericht festgehalten, dass das strukturierte Beweisverfahren nach der neuen Rechtsprechung zur Anwendung kommen müsse (Urteil des Bundesgerichts 8C\_676/2015 vom 7. Juli 2016 E. 5.2.3). Die invalidisierende Wirkung derartiger Beschwerdebilder beurteilte sich gemäss der mit BGE 130 V 352 und 131 V 49 formulierten Rechtsprechung nach Massgabe der sogenannten «Förster-Kriterien» (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354 f.). Dr. med. F. \_\_\_\_ wendet diese Kriterien in seinem Gutachten an. Er führt aus, es bestehe eine geringe komorbide Störung in Form einer rezidivierend-depressiven Störung, gegenwärtig leichtgradig. Der Verlauf sei mehrjährig, chronifiziert und undulierend, nicht jedoch progredient. Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens könne nicht ansatzweise nachgewiesen werden. Ein primärer

Krankheitsgewinn könne nicht attestiert werden. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage gewesen, von therapeutischen Massnahmen zu profitieren, zum Beispiel sei es zu einer leichten Besserung bei Abschluss der tagesklinischen Behandlung gekommen. 5.2 Mit dem Urteil BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht seine Praxis zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und den vergleichbaren unklaren Beschwerdebildern (Fibromyalgie, Schleudertrauma, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, etc.) geändert. Diese neue Rechtsprechung ist auch auf alle hängigen Fälle anwendbar. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter einerseits stärker darauf achten, die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung etc. so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Andererseits besteht keine Vermutung mehr, dass eine somatoforme Schmerzstörung mit einer Willensanstrengung überwunden werden kann, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensations-potentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Wie das Bundesgericht mit Hinweis auf BGE 137 V 210 weiter festhält, verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309).

5.3 5.3.1 Die Beweiskraft des Teil-Gutachtens von Dr. med. F.\_\_\_\_ setzt somit voraus, dass dieses auch den Anforderungen der neuen Rechtsprechung entspricht, indem es sämtliche für die Beurteilung der Indikatoren relevanten Informationen enthält. Wie hierzu Thomas Gächter und Michael Meier in ihrem Artikel «Schmerzrechtsprechung 2.0» (in: Jusletter vom 29. Juni 2015) zu Recht festhalten, wird es vielen Administrativgutachten an der nun gebotenen Betrachtungsweise und der Berücksichtigung aller relevanten Umstände fehlen. Der Fokus sei, wie das Bundesgericht deutlich mache, häufig stark auf die medizinische Komponente und die Zumutbarkeits- bzw. Förster-Kriterien gelegt worden (Rz. 96).

5.3.2 Dr. med. F.\_\_\_\_ diagnostiziert unter anderem eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1). Weiter hält er eine posttraumatische

Belastungsstörung für möglich. Eine solche wurde auch von der behandelnden Psychotherapeutin Dr. med. I.\_\_\_\_ diagnostiziert (vgl. IV-Nrn. 39 und 49); die psychiatrischen Dienste der E.\_\_\_\_ AG äusserten ebenfalls einen entsprechenden Verdacht (vgl. Austrittsbericht vom 1. Juli 2013 [IV-Nr. 50 S. 8 ff]). Diese Diagnosen erscheinen plausibel. In Bezug auf die undifferenzierte Somatisierungsstörung ist zu sagen, dass eine solche Störung definitionsgemäss geringer ausfällt als eine Somatisierungsstörung nach ICD-10 F45.0. Bei einer undifferenzierten Somatisierungsstörung sind die körperlichen Beschwerden zahlreich, unterschiedlich und hartnäckig, aber das vollständige und typische klinische Bild einer Somatisierungsstörung ist nicht erfüllt. Im vorliegenden Fall sind die angegebenen Schmerzen an den Ellbogen bis zu einem gewissen Grad somatisch erklärbar (zumal mehrere Operationen erfolgten), das Gleiche gilt für den im allgemeinmedizinischen Teil des E.\_\_\_\_-Gutachtens genannten Bluthochdruck und die wiederkehrenden Harnwegsinfekte. Es verbleiben als nicht nachweisbare Komponenten Schmerzen vor allem im linken Ellbogen, wobei im orthopädischen Gutachten darauf hingewiesen wird, dass angesichts der erfolgten erfolgreichen Operationen die Schmerzen somatisch nicht erklärbar seien, und allenfalls eine von der Beschwerdeführerin erwähnte Migräne. Die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome ist demnach gering. Hinsichtlich der posttraumatischen Belastungsstörung ist zu erwähnen, dass der Gutachter diese lediglich als «möglich» erachtet, was angesichts der in der Zwischenzeit über viele Jahre hinweg erbrachten Lebensleistung, auf die der Gutachter mehrfach hinweist, nachvollziehbar ist. Die Diagnose wird damit eher verneint. Die Beschwerdeführerin nimmt seit 2010 psychiatrische und somatische Hilfe in Anspruch, wobei insbesondere die somatischen Eingriffe aus ihrer Sicht nicht in allen Belangen zum erwünschten Ergebnis geführt haben. Der Gutachter nennt eine geringe komorbide Störung in Form einer rezidivierend-depressiven Störung, die er als gegenwärtig leichtgradig qualifiziert. Dies ist mit Blick auf die erhobenen Befunde (leicht geminderter Antrieb, leicht verminderter Schwung, zielgerichteter Wille erkennbar, leichtgradig verminderte Modulationsfähigkeit der Stimmung) einleuchtend. Grössere Persönlichkeitsprobleme werden verneint. Die Beschwerdeführerin zeige sich persönlichkeitsbezogen trotz nicht einfachen familiären Verhältnissen in der Lage, sich tragfähig zu verhalten, Verantwortung als Mutter zu übernehmen und sich beruflich nach erfolgter Migration zu bewähren. Diese Ausführungen zum Komplex der Persönlichkeit erscheinen plausibel. Weiter wird eine Reihe von psychosozialen Faktoren erwähnt (z.B. Gesundheitszustand des Ehemannes, Autounfall und daraus resultierende Schulden des einen Sohnes), die zur Aufrechterhaltung der Schmerzen beitragen können. Zum sozialen Kontext hält der Gutachter fest, die Beschwerdeführerin befinde sich in einer tragfähigen Ehe, fördere ihre Söhne, stehe in vielfältiger familiärer Beziehung zur Schwiegerfamilie wie auch zu ihren Halbgeschwistern in Amerika, besuche während den Ferien zum Beispiel Familienangehörige in [...] und [...]. Ein sozialer Rückzug lasse sich nicht erkennen. Unter die Kategorie «Konsistenz» lassen sich sodann die Ausführungen zu den Ferientaufenthalten der Beschwerdeführerin subsumieren. Der Gutachter hält fest, die Beschwerdeführerin berichte von der jahrelang angespannten Finanzlage, Spannungen mit dem Vorgesetzten, dem damaligen Ausweisentzug des Ehemannes infolge Fahrens in angetrunkenem Zustand, dem Autounfall des Sohnes in angetrunkenem Zustand oder den Arbeitslosigkeiten der Söhne. Kontrastierend zur geschilderten defizitorientierten Situation habe sie jedoch 2013 und 2014 Ferientaufenthalte mit Verwandtenkontakten gehabt und pflege allgemein vielfältige familiären Beziehungen. Über die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen bzw. das Ausmass, in welchem

Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, erwähnt der Gutachter, dass die Beschwerdeführerin in der Lage gewesen sei, von therapeutischen Massnahmen zu profitieren, bei Abschluss der tagesklinischen Behandlung sei es zum Beispiel zu einer leichten Besserung gekommen. Insgesamt verneint er eine invalidisierende Wirkung der undifferenzierten Somatisierungsstörung und der (höchstens allenfalls bestehenden) posttraumatischen Belastungsstörung schlüssig. Die Angaben im Teil-Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_ erlauben eine zuverlässige Beurteilung der massgebenden Indikatoren, dieses ist auch unter dem Lichte der neuen Rechtsprechung beweiskräftig. Weiter erscheinen auch die in den anderen vom E.\_\_\_\_ erstellten Teil-Gutachten getätigten Erwägungen schlüssig und nachvollziehbar, weshalb das polydisziplinäre Gutachten vom 17. Juli 2014 insgesamt Beweiswert genießt. 6. Weiter ist die Frage zu prüfen, ob nachfolgende Entwicklungen bis zum Erlass der vorliegenden Verfügung weitere Abklärungen erfordert hätten, denn bei der Beurteilung eines Falles ist grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier der 11. Januar 2016) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 132 V 215 Er. 3.1.1 S. 220, mit Hinweisen).

6.1 Nach Erstellung des Gutachtens durch das E.\_\_\_\_ am 17. Juli 2014 kam es am 24. November 2014 zu einer Revision des Epicondylus radialis am Ellbogen links (IV-Nr. 78 S. 20 f.). Im Bericht der Klinik für Orthopädie und Traumatologie der E.\_\_\_\_ AG vom 26. Februar 2015 (IV-Nr. 79 S. 5 f.) wird festgehalten, die letzte Konsultation habe am 10. Dezember 2014 stattgefunden. Die Situation habe sich – mit Restbeschwerden über der Muskulatur – verbessert und die Beschwerdeführerin sollte ab dem 11. Januar 2015 wieder zu 100 % arbeitsfähig sein. Auch im Bericht des D.\_\_\_\_ vom 27. November 2015 (Beilage 4 zur Beschwerde vom 12. Februar 2016) wird berichtet, die Schmerzsituation am Ellbogen sei für die Beschwerdeführerin unter der aktuellen medikamentösen Therapie gut erträglich. Vor diesem Hintergrund ist hinsichtlich der Ellbogen-Problematik keine relevante Veränderung der Situation zu erkennen.

6.2 Gemäss Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, vom 7. Januar 2015 (IV-Nr. 78 S. 11 f.), besteht bei der Beschwerdeführerin seit dem 8. Dezember 2014 eine idiopathische periphere Facialisparesie rechts. Diese wirkt sich gemäss Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 4. März 2015 (IV-Nr. 81) nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus, was von der Beschwerdeführerin insofern nicht bestritten wird, als dass sie anerkennt, dass eine Gesichtslähmung die Arbeitsfähigkeit abstrakt gesehen nicht einschränke (vgl. deren Einwand vom 10. September 2015, IV-Nr. 92). Es ist aber davon auszugehen, dass die bestehende Gesichtslähmung durchaus geeignet ist, sich negativ auf den Psychostatus auszuwirken. Zu dieser Einschätzung gelangt auch der RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_ in seiner oben erwähnten Stellungnahme. Er führt dazu weiter aus, dass dies zum Verlauf der rezidivierenden depressiven Störung passe, indem die depressive Verstimmung in ihrer Ausprägung je nach Zusatzbelastungen schwanke. Durch die diskutierte plastische Operation oder die Akzeptanz der Paresie werde sich die Stimmung auch wieder bessern können. Ob dieser Ansicht gefolgt werden kann, ist fraglich. Immerhin wird im bereits erwähnten Bericht des D.\_\_\_\_ vom 27. November 2015 (Beilage 4 zur Beschwerde vom 12. Februar 2016) dargelegt, die Facialisparesie würde die Beschwerdeführerin im Alltagsablauf sehr belasten. Diese stehe bei ihr aktuell eindeutig im Vordergrund, und es werde aufgrund der getrübtten Stimmungslage dringlich ein erneuter stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik empfohlen. Die Beschwerdeführerin ist psychisch bereits angeschlagen. Das Hinzukommen einer Gesichtslähmung kann durchaus geeignet sein, den psychischen Zustand negativ zu beeinflussen, weshalb in dieser Hinsicht weitere Abklärungen geboten sind. So hält die

behandelnde Psychotherapeutin, Dr. med. I.\_\_\_\_, in ihrem Bericht vom 23. Januar 2015 (IV-Nr. 77) denn auch fest, durch die erlittene Fascialisparese sei es zu einer Verschlechterung des psychischen Zustandes gekommen, und sie beschreibt eine Symptomatik, die auch gemäss RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_ eher zu einer mittelgradigen depressiven Episode passe (vgl. dessen Stellungnahme vom 4. März 2015, IV-Nr. 81). Es zeigt sich, dass in Bezug auf die Fascialisparese und deren Zusammenhang mit der psychischen Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin weitere Abklärungen notwendig sind. Die Beschwerdegegnerin hätte ein Verlaufsgutachten einholen müssen, welches diese neuen Umstände berücksichtigt. 7. Bei der eben erwähnten allfälligen Verschlechterung aufgrund einer neu hinzugekommenen Diagnose handelt es sich um eine bisher vollständig ungeklärte Frage. Deren Klärung hat durch ein neues Administrativgutachten zu erfolgen, und die Sache ist dementsprechend an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264). Aufgrund der gegebenen Beweiskraft des E.\_\_\_\_-Gutachtens vom 17. Juli 2014 ist dieses wiederum bei der gleichen Gutachterstelle einzuholen, vorzugsweise unter Bezug der gleichen Gutachter. Was den Umfang der Expertise anbelangt, fällt ins Gewicht, dass nach den Ergebnissen der bisherigen Abklärungen eine Symptomatik vorliegt, welche sich teilweise, aber nicht vollständig durch somatische Befunde erklären lässt. Eine sachgerechte Beurteilung setzt daher voraus, dass neben der psychiatrischen auch eine erneute allgemeinmedizinische / internistische und orthopädische Begutachtung stattfindet und das Gutachten dementsprechend wiederum polydisziplinär auszugestalten ist, damit deutlich wird, inwiefern eine Symptomatik besteht, welche über die somatisch begründeten Befunde hinausgeht. Zudem sind seit der ersten Begutachtung mittlerweile über zwei Jahre verstrichen. Aufgrund der neu hinzugekommenen Gesichtslähmung erscheint neben den bisherigen Disziplinen zudem eine neurologische Abklärung geboten. 8. Die Beschwerdeführerin lässt in Bezug auf die Bemessung des Invaliditätsgrades ausführen, der gemischte Status sei nicht mit 80 % ausserhäuslicher Erwerbstätigkeit, sondern mit deren 90 % zu gewichten. Damit wird die Anwendung der gemischten Methode grundsätzlich anerkannt. Sie ist auch nicht zu beanstanden. Die Beschwerdeführerin beantragt eine Gewichtung von 90 %, ohne dies weiter auszuführen bzw. zu begründen. Die Beschwerdegegnerin hat bei der Bemessung des Anteils im Aufgabenbereich auf den Abklärungsbericht des Abklärungsdienstes vom 1. Dezember 2014 (IV-Nr. 75) abgestellt. Dort wird erwähnt, dass die Beschwerdeführerin im Intake-Gespräch gesagt habe, sie würde ohne gesundheitliche Beeinträchtigung gerne 80 - 100 % arbeiten. Unter Berücksichtigung der Erwerbsbiographie und der Aussagen der Beschwerdeführerin sei davon auszugehen, dass diese heute – ohne gesundheitliche Einschränkungen – mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einer ausserhäuslichen Tätigkeit im Ausmass von 80 % nachgehen würde. Somit sei ein Anteil im Aufgabenbereich von 20 % zu berücksichtigen. Weshalb vom geringsten von der Beschwerdeführerin angegebenen Pensum von 80 % ausgegangen wird, wird aus dem entsprechenden Bericht nicht klar. Die Beschwerdeführerin arbeitete an ihrem letzten Arbeitsplatz im B.\_\_\_\_ zunächst 80 %, bis sie das Pensum ca. 2006 aus gesundheitlichen Gründen auf 60 % reduzieren musste und es danach aus betrieblichen Gründen nicht mehr erhöhen konnte. Sie arbeitete deshalb von 2007 bis 2011 parallel in einem Pensum von 30 % als Haushaltshilfe / Büoreinigungskraft (vgl. Ausführungen der Beschwerdeführerin im Intake-Gespräch vom 20. März 2012, IV-Nr. 11, und im Rahmen der Begutachtung, IV-Nr. 67 S. 24). Die Beschwerdeführerin hat damit in den Jahren 2007 bis 2011 insgesamt ein Pensum von 90 % bewältigt. Ihre Kinder sind mittlerweile 26 und

24 Jahre alt und ihr Ehemann geht aus gesundheitlichen Gründen seit Jahren keiner Erwerbstätigkeit nach, weshalb auf Anhub kein Grund ersichtlich ist, weshalb sie nicht auch ein 90 %-Pensum ausüben würde. Die angespannte finanzielle Situation spricht jedenfalls dafür. Es zeigt sich nach dem Gesagten, dass die ausserhäusliche Tätigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit 90 % betragen würde, wobei sie antragsgemäss dementsprechend zu gewichten ist. 9. Schliesslich verlangt die Beschwerdeführerin bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades einen leidensbedingten Abzug von 15 %, da sie seit 1999 eine schwere körperliche Arbeit verrichtet habe. Die Beschwerdegegnerin stellt sich auf den Standpunkt, dass die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiterhin körperlich schwere Arbeit zu verrichten, rechtsprechungsgemäss nicht (mehr) automatisch zu einem leidensbedingten Abzug führe, zumal der Tabellenlohn im Niveau 1 eine Vielzahl von leichten bis mittelschweren Tätigkeiten umfasse. Da eine neue polydisziplinäre Begutachtung durchzuführen sein wird, welche ein entsprechendes Tätigkeitsprofil der Beschwerdeführerin enthalten wird, und dieses Ergebnis noch nicht feststeht, erübrigen sich zum jetzigen Zeitpunkt Erwägungen über einen allfälligen leidensbedingten Abzug. Die Beschwerdegegnerin wird diese Frage nach der erneuten Begutachtung neu zu prüfen haben. Vorab bemerkt werden kann jedoch, dass der Umstand der Unmöglichkeit einer weiteren Verrichtung schwerer Arbeit für sich allein gesehen nicht zwingend einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug rechtfertigt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_386/2012 vom 18. September 2012 E. 5.2). Relevant können Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie der Beschäftigungsgrad sein (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327 f.). 10. Bei diesem Verfahrensausgang hat die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine volle Parteientschädigung, welche grundsätzlich gleich zu gewähren ist wie für ein Obsiegen im materiellen Sinne (BGE 127 V 228 E. 2b/bb S. 234, 110 V 54 E. 3a S. 57). Diese Entschädigung bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses und ist in einer Pauschalsumme festzusetzen (Art. 61 lit. g ATSG). Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif [GebT, BGS 615.11]). Der Vertreter der Beschwerdeführerin hat am 12. Mai 2016 eine Kostennote eingereicht (A.S. 28 f.), worin er einen Zeitaufwand von 7,2 Stunden zu einem Stundenansatz von CHF 250.00 sowie Auslagen von CHF 53.55 geltend macht. Ein zeitlicher Aufwand von 7,2 Stunden ist in Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses angemessen. Die Auslagen sind ausgewiesen. Die Parteientschädigung beläuft sich (inkl. MwSt zu 8 %) folglich auf CHF 2'001.85. 11. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

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