

# **SO\_GERICHTE VSBES.2017.121 vom 13. März 2017**

SO Obergericht, 2017-03-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2017.121](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.121)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2017.121 du 13 mars 2017

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2017.121 del 13 marzo 2017

## **Erwägungen**

### **E. 2**

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, IVG; SR 831.20).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Absatz 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG).

### **E. 3**

3.1 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu 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. 28a Abs. 1 IVG, Art. 16 ATSG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs (resp. der Erhöhung oder Herabsetzung der Rente im Falle einer Revision, Urteil des Bundesgerichts 9C\_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 7.2.1) massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

3.2 Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die

Bemessung der Invalidität in Abweichung von Artikel 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 ATSG; vgl. auch Art. 27 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]).

3.3 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Artikel 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Absatz 2 festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 ATSG; vgl. auch Art. 27bisIVV in der hier anwendbaren, bis Ende 2017 gültig gewesenen Fassung).

#### **E. 4**

4.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden ■ Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360; 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148; 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C\_909/2010 vom 1. März 2011 E. 4.1, 8C\_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2, 8C\_101/2010 vom 3. Mai 2010 E.

#### **E. 4.1**

und 9C\_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1).

4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

4.3 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. 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.

4.4 Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227; 135 V 465 E. 4.4 S. 470; 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). In diesem Sinne vermag die Beurteilung der behandelnden Ärzte ein Administrativgutachten grundsätzlich nur dann in Frage zu stellen und zumindest Anlass zu weiteren Abklärungen zu geben, wenn wichtige Aspekte benannt werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_425/2013 vom 16. September 2013 E. 4.1 mit Hinweisen).

4.5 Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) setzen gemäss Art. 59 Abs. 2bisIVG die für die Invalidenversicherung nach Artikel 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Nach Art. 49 IVV beurteilen sie die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die regionalen ärztlichen Dienste können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2). Sie stehen den IV-Stellen der Region beratend zur Seite (Abs. 3). Sofern die RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (Urteile des Bundesgerichts 9C\_1053/2010 vom 28. Januar 2011 E. 4.2 und 9C\_204/2009 vom 6. Juli 2009 E. 3.3.2 mit zahlreichen Hinweisen).

5. Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

5.1 Dr. med. D.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 24. März 2014 an die Beschwerdegegnerin bei der Beschwerdeführerin (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) ein weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom mit/bei Betonung der linken Körperseite, unklarer Hypo-/Dysästhesie thorakolateral links, normaler kardiologischer Untersuchung Februar 2013 (Dr. med. J.\_\_\_\_), MRI HWS 3. April 2013: diskrete Chondrose C3/4, zurzeit in Abklärung beim Rheumatologen Dr. med. K.\_\_\_\_, [...], sowie einen Verdacht auf Angststörung. Ferner attestierte er ihr eine Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiterin von 100 % seit August 2012 ( ) bzw. ab 1. April 2014

bis «aktuell», bezeichnete ihren Gesundheitszustand als stationär und gab als Befund «Diffuse Hyposensibilität und leichte Druckdolenz daselbst, blutchemische Untersuchungen werden vom Rheumatologen Dr. K.\_\_\_\_ durchgeführt, radiologische Untersuchungen ebenso» an. Schliesslich bezeichnete er die bisherige Tätigkeit als nicht mehr zumutbar und führte bei der Zumutbarkeit anderer Tätigkeiten an, dass der Bericht des Rheumatologen abzuwarten bleibe (IV-Nr. 51).

5.2 In seinem Bericht vom 17. August 2014 stellte der Rheumatologe Dr. med. K.\_\_\_\_ bei der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen (IV-Nr. 56):

V. a. autoinflammatorisches Syndrom

- diagnostische Indizien:

subjektiv rezidivierende Fieberanfälle / Frösteln

rezidivierende Aphten oral, genital und angeblich rektal

familienanamnestisch eine Tochter mit universitär postuliertem PHAPA-Syndrom und der Sohn mit gehäuften Aphten

augenfällige Sensitivität der Anfälle auf systemische Steroide

- DD bei kernspintomographisch nachgewiesener ISG-Arthritis Morbus Behcet

- Verlauf: seit Jahren rezidivierende Aphten oral, genital und rektal (7/2014 rektosigmoidoskopisch inklusive Biopsie/Histologie o.B.); (Oligo)Arthralgien, vereinzelte Fieberanfälle / Frösteln

- Therapie

Steroide: Betamethason (Medikation der Tochter) subjektiv zuverlässig wirksam

- aktuell weitere Abklärung (Gen-Analyse?) an einem universitären Zentrum

ISG-Arthritiden beidseits und (Oligo)Arthralgien

- DD Morbus Behcet, Spondyloarthropathie

- Verlauf: chronischer Beschwerdeverlauf bei kernspintomographisch dokumentierter ISG-Arthritis beidseits und rapportierter (Oligo)Arthralgien

- aktuell weitere universitäre Abklärung im Kontext des postulierten, autoinflammatorischen Syndroms

chronischer Eisenmangel

- DD derzeit unklar

- unter parenteraler, hoch dosierter Supplementation entzündlicher Schub des postulierten, autoinflammatorischen Syndroms

- aktuell 7/2014 erneut bestätigt

Notalgia parästhetica

FA: gehäuft Osteoporose väterlicherseits

- keine Risikofaktoren / sekundäre Genese für die Entwicklung einer Osteoporose

- aktuell im Alter von 41 Jahren, wenn keine Steroid-Behandlung erfolgen sollte, derzeit keine weiteren Massnahmen

Zufallsbefund einer wahrscheinlichen Nephrolithiasis

- Ausschluss eines Hyperparathyroidismus

St n.»Burn out«-Syndrom und laufendes IV-Verfahren: Möglichkeit einer psychosomatischen Pathologie evaluieren. Telefon mit dem Hausarzt

Zur Arbeitsfähigkeit gab Dr. med. K.\_\_\_\_ Folgendes an: «IVG: offensichtlich laufendes Verfahren; 28.07.2014 Bericht IV-Stelle Solothurn. Zuständig [...] Tel. [...]». Im Weiteren führte er in seiner Beurteilung u.a. an, dass das Leiden der Beschwerdeführerin sehr augenfällig sei. ( ) Persönlich habe er in der alltäglichen Rheumatologen-Praxis zu wenig Erfahrung mit diesen sehr seltenen Erkrankungen ( ) Mit Kopie dieses Berichts weise er die Beschwerdeführerin an die rheumatologische Universitätsklinik des L.\_\_\_\_ weiter. ( ) (IV-Nr. 56, S. 2 f.).

5.3 Die RAD-Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_ gab in ihrer Stellungnahme vom 14. November 2014 an, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als kaufmännische Angestellte oder in einer Verweistätigkeit aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten nicht abschliessend beurteilt werden könne. Das Burnout-Syndrom, das zur Anmeldung geführt habe, sei gemäss der Beurteilung durch den Hausarzt abgeklungen. Die im Fallverlauf mehrfach beschriebenen, ausgewiesenen psychosozialen Belastungsfaktoren dauerten an, seien aber als krankheitsfremd zu werten. Neu sei im Sommer 2014 offenbar eine entzündliche rheumatologische Erkrankung diagnostiziert und eine immunmodulatorische Behandlung eingeleitet worden. Ob sich durch diese Erkrankung eine andauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergebe, bleibe abzuklären. In den vorliegenden Akten fänden sich keine Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit, zu den funktionellen Einschränkungen und zum Zumutbarkeitsprofil. Sie, Dr. med. C.\_\_\_\_, empfehle das Einholen eines Arztberichts im L.\_\_\_\_/Rheumatologie und eines Verlaufsberichts beim Hausarzt (IV-Nr. 60, S. 3).

5.4 Dr. med. E.\_\_\_\_ stellte am 8. Januar 2014 (recte: 2015) in seinem durch die Beschwerdegegnerin angeforderten Bericht bei der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit):

Morbus Behcet

Zur Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit lägen, so Dr. med. E.\_\_\_\_, keine Angaben vor. Als Einschätzung ab dato der Untersuchung vom 29. Oktober 2014 gab er eine 70%ige Arbeitsfähigkeit (Präsenz) bei um 30 % eingeschränkter Leistungsfähigkeit an und bezeichnete den Gesundheitszustand als besserungsfähig. Eine antiinflammatorische Therapie mit dem TNF-Blocker Humira sei bereits umgesetzt worden. Es könne davon ausgegangen werden, dass die Patientin unter dieser Therapie voll arbeits- und leistungsfähig werde. Die Prognose sei unter Voraussetzung der der Erkrankung angepassten Untersuchungsfrequenz und allfälligen Therapieanpassungen gut. Der Beschwerdeführerin seien auch andere Tätigkeiten zuzumuten, und zwar leichte körperliche Arbeiten mit sporadischen kurzen mittelschweren Arbeiten jedwelcher Art, wobei vorzugsweise Arbeiten, bei denen rückergonomische Prinzipien eingehalten werden könnten. Entsprechend der aktuellen Einschätzung könne von einer 70%igen Präsenz bei einer 30%igen Leistungsminderung und ■ bei entsprechender Therapie ■ einer

Steigerungsfähigkeit bis zu 100 % ausgegangen werden (IV-Nr. 65).

5.5 M.\_\_\_\_, Facharzt für Herzkrankheiten FMH, [...], gab in seiner Beurteilung vom 23. Dezember 2014 an, dass die aktuelle kardiologische Bestandesaufnahme bei der Beschwerdeführerin insgesamt keine Hinweise für eine fassbare strukturelle Herzerkrankung ergebe. Das relativ diffuse Beschwerdebild umfasse diverse Aspekte und dürfte zum Teil auch zusätzlich noch extrakardial mitbedingt und geprägt sein (IV-Nr. 85, S. 29 ff.).

5.6 Am 18. Januar 2015 berichtete Dr. med. K.\_\_\_\_ dem Hausarzt Dr. med. D.\_\_\_\_ über die weitere Entwicklung aus rheumatologischer Sicht anlässlich der Kontrolle der Beschwerdeführerin vom 30. Dezember 2014. Die dabei gestellten Diagnosen sowie die Angaben über die Arbeitsfähigkeit entsprechen weitgehend jenen vom 17. August 2014 (vgl. IV-Nr. 56). Am Schluss hielt er u.a. fest, dass die Wechselwirkung chronisch beklagter Beschwerden und die beeinträchtigende Müdigkeit vor dem Hintergrund evidenter psychosozialer Belastungsfaktoren einer fachpsychiatrischen Klärung bedürften (IV-Nr. 67).

5.7 Dr. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin, [...] Gruppenpraxis, [...], stellte in ihrem Bericht vom 22. April 2015 an Dr. med. D.\_\_\_\_) fest, dass bei der Beschwerdeführerin im Anschluss an ein Burnout-Syndrom sowie bei einer konkomittierenden rheumatologischen Grunderkrankung eine persistierende schwere Müdigkeit mit einer körperlichen Leistungsintoleranz bestehe (IV-Nr. 85, S. 27 f.).

5.8 Am 19. Juni 2015 teilte der Neurloge Prof. Dr. med. O.\_\_\_\_ Dr. med. F.\_\_\_\_ mit, dass insgesamt Sensibilitätsstörungen am gesamten linken Arm und thorakal linksbetont bestünden, zumindest im Armbereich ohne radikuläres oder peripher nervöses Ausfallsmuster. Für die episodischen Missempfindungen an Händen und Lippen finde sich klinisch kein Korrelat. Die elektrophysiologische Untersuchung habe keine Polyneuropathie gezeigt und auch kein CTS oder Ulnaris-Neuropathie links nachweisen können. Hinweise auf eine Myelopathie fänden sich weder klinisch noch in dem in der Klinik [...] neulich durchgeführten MRI der gesamten Wirbelsäule. In dem auf der Suche nach einer ZNS-Beteiligung des Morbus Behcet oder andere entzündliche/demyelinisierende Erkrankung des ZNS durchgeführten MRI des Schädels hätten sich zwar vereinzelte unspezifische Marklagerläsionen ohne Kontrastmittelaufnahme gezeigt; diese erklärten jedoch die Symptomatik nicht zufriedenstellend. Geplant sei noch eine Liquoruntersuchung (IV-Nr. 85, S. 23 ff.).

5.9 Im Bericht vom 22. Juni 2015 an Dr. med. F.\_\_\_\_ führte Prof. Dr. med. P.\_\_\_\_, [...] AG, [...]spital, [...], aus, dass er, was die Wirbelsäule anbelange, keinen Handlungsbedarf sehe. Die abgelaufenen, geringgradigen, am ehesten osteopenischen Frakturen seien eigentlich nicht mehr so frisch, womit eine Diskussion für eine Augmentierung dahinfallen dürfte; dies insbesondere auch deshalb, weil die Patientin keine konsekutive Kyphose habe (IV-Nr. 83, S. 5 f.).

5.10 Prof. Dr. med. O.\_\_\_\_ und Dr. med. Q.\_\_\_\_, [...], [...], diagnostizierten in ihrem Bericht vom 20. August 2015 an Dr. med. F.\_\_\_\_ Sensibilitätsstörungen thorakal posterior links ( ), eine vorübergehende Kälteempfindlichkeit der Hände und Lippen ( ), ein Chronic Fatigue Syndrom ( ), eine Migräne ohne Aura, einen Verdacht auf Morbus Behcet ( ), Deckplatteneindellungen Th3, Th6, Th7, zum Teil Th4 ( ) sowie ein postpunktionelles Hypoliquorrhoe-Syndrom (IV-Nr. 83, S. 7 f.; 85, S. 17 f.).

5.11 In seinem Abschlussbericht vom 17. September 2015 an Dr. med. F.\_\_\_\_ hielt Dr. med. K.\_\_\_\_ u.a. fest, dass eine rheumatologische Grunderkrankung aufgrund der Fakten praktisch auszuschliessen sei (IV-Nr. 83, S. 9 ff.).

5.12 Dr. med. R.\_\_\_\_, Leitender Arzt Infektiologie, Medizinische Klinik am [...]spital [...], hielt in seinem Bericht vom 29. Oktober 2015 an Dr. med. F.\_\_\_\_ fest, dass neurologische Abklärungen im Jahr 2015 keine strukturelle zentrale oder periphere neurologische Ursache, insbesondere keinen Hinweis für eine MS, ergeben hätten. Während dieser letztere Befund möglicherweise eine Erklärung für die chronischen Rückenschmerzen liefern könne, könne er für die protrahierte Müdigkeit keine plausible Erklärung finden. Man dürfe zuversichtlich sein, dass eine somatische Ursache der Beschwerden unwahrscheinlich sei. Er schlage, wie bereits Dr. med. Q.\_\_\_\_, einen Therapieversuch mit Cipralext vor (IV-Nr. 85, S. 8 ff.).

5.13 Im Bericht vom 10. November 2015 an Dr. med. F.\_\_\_\_ diagnostizierten Dr. med. S.\_\_\_\_ und Dr. med. T.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie, [...], anhaltende BWS- und linksbetonte Rippensternbereichsbeschwerden bei bekannten Wirbelkörperdeckplatteneindellungen auf Höhe Th3, Th6, Th7 und zum Teil Th4, gelegentlich auch HWS-Beschwerden mit Schmerzausstrahlung in den linken Arm bei bekannter Enthesiopathie im Bereich des cerviko-thorakalen Übergangs, bekannte Beinlängendifferenz mit kürzerem Bein rechts und konsekutiver rechtskonvexer lumbaler Skoliose mit leichtem Gegenschwung am thorako-lumbalen Übergang nach links, hyperlaxer Habitus und bekannte Osteopenie (IV-Nr. 85, S. 6 f.).

5.14 Dr. med. F.\_\_\_\_ stellte in dem durch die Beschwerdegegnerin angeforderten Bericht vom 5. Februar 2016 die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eines Morbus Behcet ( ), einer segmentalen Polyneuropathie thorakal dorsal links ( ), von symptomatischen BKW-Sinterungen BWK3 ■ BWK 8 unklarer Genese ( ), eines postinfektiösen/postentzündlichen Syndroms unklarer Genese ( ) sowie eines Verdachts auf eine depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode. Er attestierte der Beschwerdeführerin für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab August 2012 bis heute und bezeichnete ihren Gesundheitszustand als sich verschlechternd. Die gesundheitliche Störung wirke sich bei der bisherigen Tätigkeit durch Schmerzen im BWS- und LWS-Bereich sowie im Steissbein, kombiniert mit brennenden Schmerzen im Thoraxwandbereich links, aus, begleitet durch chronische Müdigkeit und Erschöpfung, was körperlich als auch seelisch die Arbeitsfähigkeit reduziere. Die Patientin sei verzweifelt, ratlos und mit der komplexen familiären Situation überfordert. Weder die bisherige noch eine andere Tätigkeit seien ihr zuzumuten (IV-Nr. 85, S. 1 ff.).

5.15 In ihrer Stellungnahme vom 21. März 2016 hielt die RAD-Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_ fest, dass aufgrund der vorhandenen Akten keine abschliessende medizinische Beurteilung vorgenommen werden könne. Daher seien weitere medizinische Abklärungen bzw. eine polydisziplinäre Begutachtung in den Fachgebieten Rheumatologie, Psychiatrie und Neurologie zu veranlassen (IV-Nr. 87, S. 3).

5.16 Am 2. August 2016 erstellten die Ärzte der G.\_\_\_\_ das durch die Beschwerdegegnerin angeforderte Gutachten. Gestützt auf die gesamten Unterlagen, die Befragungen und klinischen Untersuchungen sowie die Beurteilungen in den Fachgebieten Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie gelangten die Gutachter zu folgenden Diagnosen und zur Synthese aus allen untersuchten Fachgebieten aufgrund des Konsenses

vom 5. Juli 2016 (IV-Nr. 94.1, S. 1 und 14):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1. rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige depressive Episode (F33.1)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

2. muskuläre Haltungsinsuffizienz mit/bei allgemeinem Hyperlaxitätssyndrom und mechanisch induzierter Oligarthralgie
3. allgemeine Dekonditionierung
4. Skelettosteopenie
5. vegetative Dystonie mit vermehrtem Schwitzen, Tendenz zu Tachykardie und erhöhtem Blutdruck
6. M. Behcet mit bilateraler ISG-Arthritis wahrscheinlich
7. unklare Hypästhesie im Thorakalbereich links-infraskapulär

Den weiteren Ausführungen der Gutachter lässt sich entnehmen, dass auf allgemein-internistischem Fachgebiet keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne. Für chronisch-entzündliche Erkrankungen finde man labormässig keine Hinweise, auch nicht für endokrinologische Störungen. Die geklagten Beschwerden wie vermehrtes Schwitzen, Tachykardietendenz und Tendenz zu erhöhtem Blutdruck dürften im Rahmen einer vegetativen Dystonie liegen. Der aktuell gemessene Blutdruck liege im Normbereich. Eine im Dezember 2014 erfolgte kardiologische Untersuchung mit Ergometrie und Echokardiographie sei normal gewesen. Es bestehe aber eine auffällige muskuläre Dekonditionierung, die das Belastungsprofil auf körperlich leichte Tätigkeiten einschränke. In diesem Rahmen bestehe aus internistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Auf rheumatologischem Fachgebiet bestehe vor allem eine muskuläre Haltungsinsuffizienz und ein allgemeines Hyperlaxitätssyndrom mit mechanisch induzierter Oligarthralgie, leichter linkskonvexer Skoliose und leichter Hyperkyphose der BWS. Hinweise auf eine entzündliche Grundkrankheit hätten sich aktuell nicht feststellen lassen. So sei auch der früher diagnostizierte M. Behcet heute zumindest nicht erkennbar. Die radiologisch erfassbare Skelett-Osteopenie sollte weiterhin densitometrisch kontrolliert werden. Ein Kraft-Training sei anzustreben. Die Belastbarkeit für Heben und Tragen von Lasten und das Vornüberbeugen des Rumpfs sei sicher eingeschränkt. Für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten wie die bisherige Büroarbeit bestehe aber aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Auf neurologischem Fachgebiet bestehe eine ätiologisch unklare Hyposensibilität infrascapulär links etwa Th4 - 6, in diesem Hautbereich graue Pigmentverfärbung. Ob diese Hypsthesie etwas mit den radiologisch beschriebenen osteochondrotischen Veränderungen der BWS zu tun habe, sei unklar, habe aber sicher keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit; diese sei aus neurologischer Sicht uneingeschränkt vollschichtig gegeben. Auf psychiatrischem Fachgebiet bestehe eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelschweren Grades. Die 2012 eingetretene Dekompensation sei von der Versicherten als Burnout bezeichnet worden, müsse aus psychiatrischer Sicht aber als Anpassungsstörung gewertet werden. Vor dem Hintergrund einer bereits in der Vergangenheit stattgehabten Dekompensation müsse von einer rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen werden, die auch zum

Zeitpunkt der Untersuchung noch vorgelegen habe und die in ihrer Ausprägung noch als mittelgradig einzuordnen sei. Die Arbeitsfähigkeit sei durch diese mittelschwere depressive Episode um 40 % eingeschränkt, was sowohl für die bisherige als auch für jede denkbare Verweistätigkeit gelte. Es könne davon ausgegangen werden, dass die Arbeitsfähigkeit durch eine leitliniengerechte psychiatrische und psychotherapeutische Therapie innerhalb eines Jahres wieder hergestellt werden könne. Zusammenfassend sei aus polydisziplinärer Sicht die Arbeitsfähigkeit um 40 % reduziert, sollte sich aber unter geeigneter psychotherapeutischer Behandlung innerhalb eines Jahres normalisieren lassen. Eine Neubeurteilung der Arbeitsfähigkeit in einem Jahr werde daher empfohlen. Der Versicherten seien körperlich leichte Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von schwereren Lasten (> 10 kg) und ohne Arbeiten in vornübergebeugter Haltung zuzumuten. Die bisherige Bürotätigkeit erscheine damit als recht gut angepasst. Die Tätigkeit sollte in einem wohlwollenden Umfeld erfolgen und möglichst klar strukturiert sein. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit betrage im polydisziplinären Konsens 60 %, was auch für eine leidensadaptierte Verweistätigkeit gelte. Es könne davon ausgegangen werden, dass die genannten Einschränkungen auf psychiatrischem Gebiet seit der Aufgabe der Arbeit im August 2012 bestanden hätten. Zuvor scheine die Versicherte grenzkompenziert gewesen zu sein, was sich in ihrem 50%igen Arbeitspensum widerspiegle. Gleiches gelte auch für den retrospektiven Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit im polydisziplinären Konsens. Die Prognose werde sich im Verlauf der eben neu begonnenen Psychotherapie messen lassen, sei aber im Prinzip günstig. Die Arbeitsfähigkeit sollte sich in etwa einem Jahr unter geeigneter psychotherapeutischer Behandlung normalisieren lassen. Eine psychiatrische Neubeurteilung in einem Jahr erscheine daher sinnvoll. Wegen der allgemeinen muskulären Dekonditionierung, speziell auch im Rückenbereich, werde auch ein paralleles Krafttraining empfohlen. Schliesslich bemerkten die Gutachter, dass die Differenzen in den anamnestischen Angaben zwischen den Gutachten auf subjektiven Aussagen der versicherten Person beruhten. Diese Angaben hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und seien deshalb nicht nochmals anlässlich eines erneuten Gesprächs bzw. Untersuchung verifiziert worden (IV-Nr. 94.1, S. 14 ff.).

5.17 Die RAD-Ärztin Dr. med. C. \_\_\_ erklärte in ihrer Stellungnahme vom 13. September 2016, dass das polydisziplinäre Gutachten der G. \_\_\_ vom 2. August 2016 umfassend, nachvollziehbar und schlüssig sei. Auf psychiatrischem Fachgebiet bestehe (analog den Ausführungen im Gutachten) eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelschweren Grades. Die 2012 eingetretene Dekompensation sei von der Versicherten als Burnout bezeichnet worden, müsse aus psychiatrischer Sicht aber als Anpassungsstörung gewertet werden. Vor dem Hintergrund einer bereits in der Vergangenheit stattgehabten Dekompensation müsse von einer rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen werden, die auch zum Zeitpunkt der Untersuchung vorgelegen habe und die in ihrer Ausprägung als mittelgradig einzuordnen sei. Die Arbeitsfähigkeit sei durch diese mittelschwere depressive Episode um 40 % eingeschränkt, dies gelte für die bisherige als auch für jede denkbare Verweistätigkeit. Es könne davon ausgegangen werden, dass die Arbeitsfähigkeit durch eine leitliniengerechte psychiatrische und psychotherapeutische Therapie innerhalb eines Jahres wieder hergestellt werden könne. Der Hausarzt Dr. med. H. \_\_\_ und die Versicherte seien mit der Beurteilung der Gutachter nicht einverstanden. Er sei, auch nach Rücksprache mit dem behandelnden Psychiater Dr. I. \_\_\_, überzeugt, dass die Arbeitsfähigkeit nur 50 % und nicht 60% betrage. Eine Begründung, die die Beurteilung der

Gutachter in Frage stellen würde, habe Dr. Tschager nicht geliefert. Die Frage, wie aus medizinischer Sicht der Verlauf der Arbeitsfähigkeit in der angestammten ausserhäuslichen Tätigkeit als kaufmännische Angestellte als auch in einer Verweistätigkeit zu beurteilen sei, beantwortete die RAD-Ärztin mit «AUF 40% seit 2012». Ferner sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit durch eine leitliniengerechte, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung innerhalb eines Jahres wieder hergestellt werden könne. Sie, Dr. med. C.\_\_\_\_, empfehle eine Revision und Neubeurteilung in einem Jahr (IV-Nr. 98, S. 2).

5.18 Am 3. Februar 2017 berichtete Dr. med. I.\_\_\_\_ wunschgemäss der Vertreterin der Beschwerdeführerin über deren bisherige Behandlung. Er diagnostizierte eine «rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig deutliche mittelgradige depressive Episode Syndrom (F33.1)». Zur Arbeitsunfähigkeit führte Dr. med. I.\_\_\_\_ «Keine Zeugnisse/Beurteilungen durch uns» an. Die Belastbarkeit sei krankheitsbedingt deutlich eingeschränkt und habe durch eine leitliniengerechte psychiatrische Behandlung bisher nicht relevant beeinflusst werden können (IV-Nr. 107, S. 4 f.).

## **E. 5**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer) zulasten der Beschwerdegegnerin. 4. Am 30. Mai 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen; mit Verweis auf die Begründung in der angefochtenen Verfügung werde grundsätzlich auf das Einreichen einer Beschwerdeantwort verzichtet (A.S. 23 f.). 5. Die Vertreterin der Beschwerdeführerin zieht am 21. Juni 2017 den Antrag auf Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung vorbehaltlos zurück (A.S. 28). Am 21. September 2017 repliziert die Vertreterin der Beschwerdeführerin. Ihre Kostennote reicht sie am 21. November 2017 ein (A.S. 48 f.). Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1.

1.1 Die Beschwerde ist rechtzeitig erhoben worden und erfüllt die formellen Voraussetzungen. Das angerufene Gericht ist sachlich, örtlich und funktionell zuständig. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten. 1.2 Das Sozialversicherungsgericht beurteilt die Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit ihres Erlasses gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 130 V 140 E. 2.1, 121 V 366 E. 1b mit Hinweis). Im vorliegenden Fall datiert die angefochtene Verfügung vom 13. März 2017, die den rechtsrelevanten Zeitpunkt definiert. 1.3 In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109; 127 V 466 E. 1 S. 467). Weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falls grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt – hier 13. März 2017 – abstellt (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366), sind im vorliegenden Fall für die Prüfung eines allfälligen Leistungsanspruchs im Rahmen der Anmeldung von April 2013 die ab 1. Januar 2013 geltenden materiell-rechtlichen Bestimmungen anwendbar. 1.4 Streitig und zu prüfen einzig, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. 2. 2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über

den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, IVG; SR 831.20).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Absatz 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG).

3. 3.1 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu 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. 28a Abs. 1 IVG, Art. 16 ATSG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs (resp. der Erhöhung oder Herabsetzung der Rente im Falle einer Revision, Urteil des Bundesgerichts 9C\_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 7.2.1) massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

3.2 Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Artikel 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 ATSG; vgl. auch Art. 27 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]).

3.3 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Artikel 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Absatz 2 festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 ATSG; vgl. auch Art. 27 bis IVV in der hier anwendbaren, bis Ende 2017 gültig gewesenen Fassung).

4. 4.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen

Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360; 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148; 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C\_909/2010 vom 1. März 2011 E. 4.1, 8C\_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2, 8C\_101/2010 vom 3. Mai 2010 E.

## **E. 6**

6.1 Die Beschwerdegegnerin hat sich bei ihrer Beurteilung in erster Linie auf das Gutachten der Gutachterstelle G.\_\_\_\_ vom 2. August 2016 gestützt (IV-Nr. 94.1), ist jedoch aufgrund der damals geltenden bundesgerichtlichen Rechtsprechung von der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit von 40 % ■ wie im Übrigen auch von jener der RAD-Ärztin ■ abgewichen. Unbestritten ist, dass bei der Beschwerdeführerin eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode, vorliegt (A.S. 10). Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung davon aus, diese Störung habe keine invalidisierende Wirkung. Die Beschwerdeführerin hat indes ausführlich die Rechtsprechung des Bundesgerichts bezüglich der depressiven Erkrankungen in Frage gestellt und geltend gemacht, bei ihr liege seit Jahren aktenkundig eine rezidivierende depressive Störung vor. Dazu gelte es zu beachten, dass sie therapeutisch betreut werde. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin liege ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden vor (A.S. 10 ff.).

6.2 Die Beschwerdegegnerin hat dazu in der Beschwerdeantwort mit Verweis auf den angefochtenen Entscheid ablehnend Stellung genommen und zudem Ausführungen zur bundesgerichtlichen Rechtsprechung bezüglich depressiver Störung gemacht (vgl. A.S. 23).

## **E. 7**

7.1 Nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung wurde die Rechtsprechung, auf welcher deren Begründung basiert, geändert. Wie das Bundesgericht mit dem Urteil BGE 143 V 409 vom 30. November 2017 klargestellt hat, sind auch die Folgen von lege artis diagnostizierten leichten bis mittelschweren depressiven Störungen an den Grundsätzen von BGE 141 V 281 zu messen. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind daher systematisierte Indikatoren beachtlich, die ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen. Gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren 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 (Urteil des Bundesgerichts 9C\_78/2017 vom 26. Januar 2018 E. 6.3.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 8 S. 309).

7.2 Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf den Verlauf und Ausgang von Therapien als wichtigen Schweregradindikatoren einzugehen. Im psychiatrischen Gutachten vom 21. Juni 2016 wird hierzu bei den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin erwähnt, sie sei früher schon einmal antidepressiv behandelt worden. Damals habe sie Zoloft eingenommen, von dem sie an Gewicht abgenommen habe, ausserdem Cipralex, von dem sie einen Hautausschlag bekommen habe. Irgendwann sei es ihr dann aber bessergegangen, so dass eine weitere Einnahme nicht erforderlich gewesen sei. Aktuell sei es so, dass zunächst die Schmerzen aufgetreten seien und es dann ■ aus ihrer Sicht ■ schleichend zu einer depressiven Entwicklung gekommen sei. Sie sei in hausärztlicher und physiotherapeutischer Behandlung. Ausserdem befinde sie sich in einer Gesprächstherapie bei einem Psychiater/Psychotherapeuten. Sie wolle sich von ihm hinsichtlich einer erneuten antidepressiven Medikation beraten lassen (IV-Nr. 94.5, S. 2 f.). Unter der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bzw. «Behandlungserfolg oder ■resistenz» hat der psychiatrische Gutachter Dr. med. U. \_\_\_ angeführt, dass die Versicherte neu eine Gesprächstherapie begonnen habe. Hinsichtlich einer auch aus sachverständiger Sicht erforderlichen antidepressiven Medikation zeige sie sich offen. Von einem Behandlungserfolg könne derzeit nicht ausgegangen werden, weil der Beobachtungszeitraum zu kurz sei. Von einer Behandlungsresistenz könne nicht gesprochen werden (IV-Nr. 94.5, S. 8). Im Weiteren hat der psychiatrische Gutachter festgehalten, die Arbeitsfähigkeit könne durch eine leitliniengerechte, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung innerhalb eines Jahres wiederhergestellt werden. Eine Neubeurteilung der Arbeitsfähigkeit sollte in einem Jahr erfolgen (IV-Nr. 94.5, S. 10). Vor diesem Hintergrund kann ■ zumindest im Zeitraum der Begutachtung ■ weder von einer konsequenten und zielgerichteten noch gar von einer resistenten Behandlung gesprochen werden.

Die Beschwerdeführerin hat verschiedene durch die Beschwerdegegnerin finanzierte Arbeitsversuche absolviert (vgl. IV-Nr. 28, 34, 40, 42, 46, 50, 54, 68, 72, 79, 80). Dabei hat die Beschwerdeführerin das Pensum von zwei (recte wohl fünf [IV-Nr. 80, S. 2] mal zwei Stunden nicht steigern können, da es ihr zu viel gewesen sei. Zwar möchte sie ihren Angaben zufolge arbeiten, doch sie könne nicht. Auch ihre psychosoziale Situation sei für sie sehr belastend, und ihre Gesundheit sei instabil (IV-Nr. 79), was auf invaliditätsfremde Faktoren hinweist. Es kann somit festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin ■ wenn auch erfolglos ■ versucht hat, im Rahmen der durch sie erlebten gesundheitlichen Grenzen wieder eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen. Dazu hat der psychiatrische G. \_\_\_-Gutachter festgehalten, die Versicherte scheine bis im Jahr 2012 in der Lage gewesen zu sein, ihr Leben zu meistern; dies dürfte ihr als alleinerziehende Mutter mit einem mutmasslich behinderten Kind nicht leichtgefallen sein. Schliesslich seien ihre Kompensationsmechanismen aber erschöpft gewesen, so dass es zu einer depressiven Entwicklung im Sinne eines wahrgenommenen Burnouts gekommen sei. Es sei jedoch davon auszugehen, dass die Versicherte, werde sie angemessen behandelt, wieder auf ihre Ressourcen zurückgreifen könne (IV-Nr. 94.5, S. 9). Die Beschwerdeführerin hat denn auch im Rahmen der Befragung durch Dr. med. U. \_\_\_ zum Ausdruck gebracht, sich von der psychotherapeutischen Behandlung viel zu erhoffen. Sie gehe ausserdem davon aus, dass

gemeinsam ein Medikament gefunden werden könne, das ihre Befindlichkeit verbessere (IV-Nr. 94.5, S. 4).

7.3 Beim Indikator Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 f.) ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung ■ resp. der hier diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) ■ zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich. In Präzisierung von BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 fallen Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 S. 429 f.). Der psychiatrische Gutachter führte dazu aus, es sei davon auszugehen, dass sich die Schmerzsymptomatik und die depressive Symptomatik gegenseitig aufrechterhielten (IV-Nr. 94.5, S. 8), was unter dem Aspekt der Komorbidität auf eine gewisse Wechselwirkung schliessen lässt.

Die körperliche Problematik vermag, wie aus dem internistischen Gutachten von Dr. med. V.\_\_\_\_ hervorgeht, einen Teil der geklagten Beschwerde zu erklären. Zwar hat der internistische Gutachter keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellen können. Jedoch bestehe eine auffällige muskuläre Dekonditionierung (IV-Nr. 94.2, S. 7), was eine mögliche Erklärung der durch die Beschwerdeführerin mehrmals geklagten Erschöpfungszustände wäre. Aus rheumatologischer Sicht ergebe sich, so lässt sich den Ausführungen des rheumatologischen Gutachters Dr. med. W.\_\_\_\_ entnehmen, eine leichte Reduktion der zumutbaren Belastbarkeit des Achsenskeletts, vor allem für statische Belastungen im Stehen und Sitzen ohne Möglichkeit zu Wechselpositionen. Ebenso erkläre die muskuläre Haltungsinsuffizienz eine verminderte Belastbarkeit für das Anheben und Tragen von Lasten und für Tätigkeiten in chronischer Vorneigehaltung des Rumpfs. Trotzdem bestehe aus rheumatologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 94.3, S. 7). Hinweise dazu finden sich auch in den Ausführungen des psychiatrischen Gutachters (IV-Nr. 94.5, S. 7 f.). Zusammenfassend sind unter dem Aspekt der Komorbidität die somatischen Befunde zu berücksichtigen, die zwar aufgrund der fachärztlichen Beurteilung ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bleiben, jedoch einen Teil der Symptomatik erklären. Gleichzeitig erschwert der Umgang mit diesen Beschwerden auch das Bewältigen der psychischen Störung.

#### **E. 7.4**

Mit Bezug auf den Komplex der Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) enthält die Expertise keinen Hinweis auf eine (erhebliche) Einschränkung der sogenannten «komplexen Ich-Funktionen». Störungen des Ich-Bewusstseins lägen ■ so Dr. med. U.\_\_\_\_ ■ nicht vor (IV-Nr. 94.5, S. 5).

7.5 Was den Komplex «Sozialer Kontext» (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) anbelangt, habe die Versicherte ■ nach den Ausführungen des psychiatrischen Gutachters ■ im Gespräch sozial weitgehend isoliert gewirkt. Auch falle es ihr schwer, sich ihrem zweifelsohne klein erscheinenden Umfeld anzuvertrauen, weil sie Sorge habe, nicht verstanden zu werden. Indes dürften insbesondere die Familienverhältnisse Ressourcen aufweisen, auf die die Beschwerdeführerin zurückgreifen kann, beschäftigt sie sich doch intensiv mit ihren beiden Kindern. Ihren Schilderungen zum Tagesablauf lässt sich zudem entnehmen, dass sie auch Besorgungen mache und Bewerbungen schreibe (IV-Nr. 94.5, S. 2 f.), wodurch sie mit andern Menschen in Kontakt kommen dürfte.

7.6 Im Rahmen der Konsistenzprüfung (z.B. Einschränkung des Aktivitätenniveaus; vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.) hat Dr. med. U.\_\_\_\_ festgehalten, dass die Versicherte ihren Schwerpunkt derzeit auf den privaten Bereich gelegt habe und ihre Kinder versorge, was sie offensichtlich erheblich Kraft koste. Insofern erscheine sie im privaten Bereich leistungsfähiger als im beruflichen. Dazu lässt sich dem durch sie dargestellten Tagesablauf entnehmen, dass sie sich jeweils um die Bedürfnisse ihrer Tochter sowie um den Haushalt kümmere (IV-Nr. 94.5, S. 2), was auf eine geordnete Tagesstruktur hinweist. Aus den weiteren diesbezüglichen Ausführungen des psychiatrischen Gutachters geht hervor, dass in Anlehnung an das «Mini-ICF-APP» bei der Versicherten keine Beeinträchtigungen der Fähigkeit zur Selbstpflege und der Verkehrsfähigkeit sowie mittelgradige Beeinträchtigungen der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität und der Umstellungsfähigkeit, der Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten, der Gruppenfähigkeit, der Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen und der Fähigkeit zu Spontan-Aktivitäten vorlägen (IV-Nr. 94.5, S. 9 f.).

7.7 Zusammenfassend lassen sich den Akten und namentlich dem Gutachten von Dr. med. U.\_\_\_\_ eine ganze Reihe von Informationen entnehmen, die es erlauben, die massgebenden Indikatoren zu beurteilen: Die Beschwerdeführerin befindet sich in psychotherapeutischer Behandlung und ist bereit, sich einer erneuten antidepressiven Medikation unterziehen zu lassen. Eingliederungsversuche sind zwar dokumentiert, bislang jedoch erfolglos geblieben. Die Akten enthalten Hinweise auf psychosoziale Umstände, die sich ungünstig auf die Aufnahme einer ausserhäuslichen Tätigkeit auswirken (vgl. z.B. IV-Nr. 79, S. 1). Es besteht eine somatische Komorbidität, die ■ wie vorstehend dargelegt ■ einen Teil der Symptomatik zu erklären vermag. Die aktuelle Gefühlslage (vgl. IV-Nr. 94.5, S. 2) erschwert den Umgang mit dem Beschwerdebild. Das soziale Umfeld in der Familie ist jedoch grundsätzlich geeignet, sich positiv auszuwirken. Die Alltagsaktivitäten mit Haushaltsarbeiten, Einkäufen und weiteren Besorgungen sowie der Betreuung ihrer Kinder bewegen sich im Normbereich. In der Gesamtbetrachtung erscheint es als plausibel, dass die psychische Symptomatik bzw. die depressive Störung zu einer Reduktion des Leistungsvermögens im gutachterlich bezifferten Ausmass von 40 % in der angestammten wie auch einer leidensangepassten Tätigkeit führen. Auf das psychiatrische Gutachten vom 21. Juni 2016 und die darin enthaltene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit kann somit auch unter Berücksichtigung der mit BGE 143 V 409 modifizierten Rechtsprechung abgestellt werden. Folglich ist ■ entgegen den Feststellungen der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid, die auf der mittlerweile überholten Bundesgerichtspraxis basieren, jedoch in Übereinstimmung mit der Beurteilung durch die RAD-Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_ ■ von einer 40%igen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen, und zwar ■ wie dies Dr. med. U.\_\_\_\_ wie auch die RAD-Ärztin festgestellt hat ■ ab dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin bzw. ab November 2012 (IV-Nr. 94.5, S. 4, 10; 98, S. 2).

8. Da die Beschwerdegegnerin davon ausging, es liege gar kein medizinisches Substrat vor, das nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt, verneinte sie das Vorliegen einer Invalidität. Vor diesem Hintergrund erübrigte sich eine konkrete Invaliditätsbemessung. Es wäre grundsätzlich denkbar, eine

solche im Beschwerdeverfahren vorzunehmen. Da die Beschwerdeführerin nach Lage der Akten seit dem Jahr 2000 in unterschiedlichen Pensen, aber ausschliesslich teilzeitlich erwerbstätig war (vgl. IV-Nr. 6, S. 2; 25, S. 2; 20.5; 20.2, S. 20; 24, S. 3; 47, S. 2 ff.; 94.2, S. 4; 94.5, S. 3 f.), stellt sich die Frage, nach welcher Methode die Invalidität zu bemessen sei (vgl. E. II. 3.1 bis 3.3 hiervor). Da diese Frage bisher nicht thematisiert wurde und ihre Beantwortung allenfalls ergänzende (nicht-medizinische) Abklärungen erfordern wird, rechtfertigt sich eine Rückweisung der Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin; diese wird ■ nach der allfälligen Durchführung ergänzender Abklärungen, falls sich solche als geboten erweisen sollten ■ den Invaliditätsgrad zu bestimmen und erneut über den strittigen Anspruch zu befinden haben. Sie wird dabei auch zu prüfen haben, ob und inwiefern die per 1. Januar 2018 in Kraft getretene Neufassung von Art. 27bisIVV zu berücksichtigen ist und sich auf die Anspruchsbeurteilung auswirkt.

9. Vor diesem Hintergrund ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 13. März 2017 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin anzuweisen ist, die erforderlichen Abklärungen im Sinne der vorstehenden Erwägungen vorzunehmen, um hierauf über den geltend gemachten Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente neu zu entscheiden.

## **E. 10**

10.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin eine ordentliche Parteientschädigung zu, die durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist (Art. 61 lit. g ATSG).

10.2 Die Vertreterin der Beschwerdeführerin hat am 20. November 2017 eine Kostennote eingereicht, worin sie für Aktenstudium etc. einen zeitlichen Aufwand von insgesamt 11,8 Stunden zu CHF 230.00 und Auslagen von CHF 351.30 bzw. insgesamt CHF 3■3310.50 (inkl. MwSt) geltend macht (A.S. 49). Der angeführte Zeitaufwand enthält allerdings auch Kanzleiarbeit, die im Stundenansatz eines Anwalts inbegriffen und daher nicht separat zu entschädigen ist. Bei nicht eindeutig bezeichneten Positionen (wie «Brief an Klientin») geht das Gericht praxisgemäss von Orientierungskopien oder sonstigem Kanzleiaufwand aus. Vorliegend entfallen auf Positionen, die als Kanzleiaufwand zu qualifizieren sind, 0,2 Stunden. Folglich ist ein Zeitaufwand von 11,6 Stunden zu entschädigen. Damit ist die durch die Beschwerdegegnerin an die Beschwerdeführerin zu bezahlende Parteientschädigung auf CHF 3'261.00 (11,6 Stunden zu CHF 230.00, zzgl. Auslagen und MwSt) festzusetzen.

11. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG 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. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist der Beschwerdeführerinder geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden

(Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Häfliger

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 9C\_675/2018 vom 11. Juli 2019 bestätigt.

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