

## **SO\_GERICHTE VSBES.2017.229 vom 24. Juli 2017**

SO Obergericht, 2017-07-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2017.229](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.229)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2017.229 du 24 juillet 2017

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2017.229 del 24 luglio 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Die Verfügung vom 24. Juli 2017 sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin seien die ihr zustehenden IV-Leistungen, insbesondere eine ganze IV-Rente sowie eventualiter berufliche Massnahmen, auszurichten.

#### **E. 2**

Eventualiter: Die Angelegenheit sei zur rechtserheblichen Sachverhaltsabklärung in Form eines polydisziplinären Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und in der Folge seien der Beschwerdeführerin die ihr zustehenden IV-Leistungen auszurichten.

#### **E. 3**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 5. Im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 16. November 2017 (A.S. 38) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf Bemerkungen zur Beschwerde und schliesst auf Abweisung derselben. 6. Die mit Eingabe vom 27. November 2017 (A.S. 42 ff.) durch die Vertreterin der Beschwerdeführerin eingereichte Kostennote geht mit Verfügung vom 28. November 2017 (A.S. 45) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin. 7. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten. 2. Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 24. Juli 2017) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 366 E. 1b). 3. Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherte 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 zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. 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. 3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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 IVG). 3.2 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 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 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 rentenanspruchsbegründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG). 3.3 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. 16 ATSG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 142 V 178 E. 2.2 S. 182, 129 V 222). 3.4 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

#### **E. 4**

Nicht dislozierte Avulsionsfraktur Dig. I Fuss rechts am 4. September 2013 – konservativ behandelt

#### **E. 5**

Mischbild aus Spannungs- / Migräne-Kopfschmerzen

#### **E. 5.12**

5.12.1 Dr. med. G.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in seinem Psychiatrischen Teilgutachten vom 9. Februar 2016 (IV-Nr. 86.2) folgende Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 13): Rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.0/1) Es gebe keine Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der Beschwerden von Seiten der rezidivierenden depressiven Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger Episode lasse sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der zuletzt ausgeübten wie auch in einer alternativen Tätigkeit von höchstens 30 % begründen, dabei mit berücksichtigt sei eine gleichzeitige gewisse Verminderung der Leistungsfähigkeit. Diese Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit bestehe seit Dezember 2015. Retrospektiv sei seit dem Austritt aus dem B. \_\_\_ am 21. November 2013 von einer 40%-igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 17).

5.12.2 Im Rahmen des Neurologischen Gutachtens vom 19. Februar 2016 hielt Dr. med. H. \_\_\_, Neurologie FMH, folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest (IV-Nr. 86.1 S. 14): – Inkomplette, sensomotorische Paraplegie unterhalb circa Th11 beidseits – bei Status nach sekundär eingebluteter myelärer Raumforderung auf Höhe BWK11, DD Cavernom, Status nach Laminektomie BWK11 und BWK12 mit Tumorreduktion am 15. Mai 2013 – mit residuellen neuropathischen Schmerzen – mit residueller leichter neurogener Blasenfunktionsstörung – Leichtes, linksbetontes, unteres Zervikalsyndrom mit leichter, etwas schmerzhafter Funktionseinschränkung der unteren HWS – Status nach operativer Nervenwurzel-Dekompression C5 - C7 beidseits und Spondylodese C4 - C7 beidseits am 29. Oktober 2015 – keine damit verbundenen neurologischen Ausfälle – Leichtes Lumbovertebralsyndrom – keine damit verbundenen neurologischen Ausfälle Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien folgende Diagnosen: – Migränedisposition – Status nach unklarer Operation am rechten Auge 2012 anamnestisch – Status nach Operation wegen Arthrose im Sprunggelenk links 2012 anamnestisch – Carpaltunnelsyndrom beidseits nicht ausgeschlossen Aufgrund der stark eingeschränkten Gehfähigkeit könnten der Explorandin keine Arbeiten mehr zugemutet werden, welche im Gehen erfolgen müssen (S. 20). Aufgrund der eingeschränkten Stehfähigkeit auch im Rahmen der Tiefensensibilitätsstörungen und der Rückenschmerzen könnten auch keine Arbeiten mehr zugemutet werden, welche im Stehen erfolgen müssen. Im Rahmen dieser Probleme seien auch keine Arbeiten mehr zumutbar, welche ein Hantieren mit Lasten über 5 kg erfordern würden, keine Arbeiten im Bücken, Kauern, Knien sowie repetitiv über Schulterhöhe. Infolge der glaubhaft eingeschränkten Sitzdauer, den neuropathischen Schmerzen und der möglichen Nebenwirkungen durch die medikamentöse Behandlung dagegen sowie der leichten Blasenfunktionsstörung mit vermehrter Notwendigkeit, die Toilette mit behinderter Gehfähigkeit aufsuchen zu müssen, liege ein erhebliches Rendement (gemeint wohl: erheblich reduziertes Rendement) in Folge auch deutlich vermehrter Pausen vor, welches bezogen auf ein Ganztagespensum auf 30 % eingeschätzt werden könne. Die Explorandin habe keinen Beruf erlernt. Sie habe jahrelang in Fabriken als Fabrikarbeiterin gearbeitet. Betreffend diese Tätigkeiten würden die oben genannten Einschränkungen gelten. Alle Arbeiten, welche im Stehen und Gehen erfolgen müssten, d.h. wohl die meisten, welche je durchgeführt worden seien, seien nicht mehr zumutbar. Diese Unzumutbarkeit gelte seit dem Eintreten des Akutereignisses, spätestens der Operation am 15. Mai 2013. Zumutbar seien heute noch Arbeitstätigkeiten im Sitzen, ohne Gewichtsbelastungen über 5 kg mit deutlich vermehrtem Pausenbedarf und weiterer Einschränkung des Rendements im Rahmen der Blasenfunktionsstörung und der neuropathischen Schmerzen in einem Pensum von 70 % bezogen auf ein volles Pensum. Medizinische Massnahmen, welche die Arbeitsfähigkeit der Explorandin wirklich zu verbessern vermöchten, könnten keine genannt werden. An beruflichen Massnahmen könne Hilfe bei der Suche nach einer geeigneten Arbeitstätigkeit empfohlen werden. In prognostischer Hinsicht sei davon auszugehen, dass heute, bald drei Jahre nach dem Akutereignis betreffend die inkomplette sensomotorische Paraplegie seit längerer Zeit der Endzustand eingetreten sei. Diesbezüglich sei keine weitere Besserung und auch sonst kaum eine Veränderung zu erwarten. Betreffend die residuellen Beschwerden im Bereich der unteren HWS nach Operation erst im Oktober 2015 sei noch eine Besserungstendenz zu

erwarten. 5.12.3 Aus bidisziplinärer Sicht lägen bei der Explorandin sowohl psychische als auch somatische Probleme mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor (IV-Nr. 86.1 S. 23 f.). Beide Problemkreise führten im bidisziplinären Konsens zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Fabrikarbeiterin, indem, vorwiegend aus neurologischer Sicht begründet, Tätigkeiten im Stehen und Gehen sowie weiteren Anforderungen, wie im neurologischen Gutachten definiert, seit spätestens 15. Mai 2013 nicht mehr zumutbar seien. Betreffend eine leidensangepasste Verweistätigkeit führten ebenfalls beide Problemkreise zu einer Einschränkung, welche aus neurologischer Sicht in qualitativer Hinsicht definiert und beurteilt worden sei. Es müsse hier von einer teiladditiven Wirkung ausgegangen werden. Vom 27. Mai 2013 bis zum 21. November 2013, während der stationären Behandlung im B.\_\_\_\_, sei selbstredend keine Arbeitsfähigkeit vorgelegen. Dasselbe gelte für den Zeitraum ab Eintritt zur Operation vom 29. Oktober 2015, als die Explorandin erneut operiert worden sei, bis spätestens Ende des Jahres 2015. Zuvor sei die Arbeitsfähigkeit aus bidisziplinärer Sicht seit Austritt aus dem B.\_\_\_\_ am 21. November 2013 bis zum Spitaleintritt zur Operation am 29. Oktober 2015 zu 50 % eingeschränkt gewesen, seit Anfang des Jahres 2016 zu 40 %.

5.13 Dr. med. I.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 5. März 2016 (IV-Nr. 88) fest, das Gutachten widerspiegle sehr gut die Beschwerden der Beschwerdeführerin und gehe vertieft auf die Diagnose, den bisherigen Verlauf und die Therapiemöglichkeiten ein. Im jetzigen Zeitpunkt könne noch nicht beurteilt werden, ob die Beschwerdeführerin überhaupt einer Erwerbstätigkeit nachgehen könne. Auch er sei der Meinung, dass die Beschwerdeführerin höchstens zu 30 % für eine ganztägige sitzende Tätigkeit eingesetzt werden könne. Sie sei nicht mobil und könne keinen langen Arbeitsweg auf sich nehmen. Sein Vorschlag laute somit, dass die Beschwerdeführerin bestenfalls eine leichtgradige Teilzeitbeschäftigung als Heimarbeit suchen könne. Wahrscheinlicher sei, dass sie eine volle Rente benötige.

5.14 In seiner Stellungnahme vom 6. April 2016 (IV-Nr. 90) führte Dr. med. J.\_\_\_\_ folgende Diagnosen auf: – Schwere und chronische depressive Episode (ICD-10 F32.2) – Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) – Chronische Schmerzsymptomatik und inkomplette sensomotorische Paraplegie LWK2 bei: – sekundär eingebluteter myelärer Raumforderung auf Höhe BWK11 am 10. Mai 2015 [recte: 2013], DD: Ependymom – Status nach Laminektomie BWK11 mit Hämatom-Evakuierung am 15. Mai 2013 Seine Beurteilungen beruhten auf Untersuchungsbefunden im Rahmen der Einzelgespräche mit der Beschwerdeführerin, den Verlaufsbeobachtungen während der Therapieepisode in verschiedensten Situationen. Die Beobachtungen umfassten sowohl den Zeitraum vor den chirurgischen Interventionen mit bestehender Hoffnung auf eine Besserung als auch die postoperative Episode mit den entsprechenden Beschwerden ohne erhofften Erfolg. Zudem umfasse die Beurteilung auch anamnestische Angaben durch die Beschwerdeführerin selbst und Auskünfte von Familienmitgliedern (Ehemann, Tochter, Sohn); seine Untersuchungen seien aufgrund der langen Behandlungsperiode sehr ausführlich, neben den Querschnittsbestandaufnahmen mit den Befunden nach AMDP sei im Rahmen der längeren Behandlungsepisode eine Längsbeurteilung erfolgt, d.h. seine Beurteilungen stützten sich auf die jeweiligen Befunde, anamnestische Angaben, Verlaufsbeobachtungen im Zeitverlauf als Voraussetzung zur Diagnostizierung nach ICD-10 und Beurteilungen der entsprechenden Funktionseinschränkungen. Im Gegensatz dazu umfasse ein Gutachten lediglich einen Querschnittsbefund, die Erhebung des Längsverlaufs hingegen stütze sich nicht auf klinische Beobachtungen, sondern lediglich auf anamnestische Angaben der Beschwerdeführerin, Angaben von Drittpersonen und vorbehandelnden Ärzten. Gemäss

dem Bericht des Gutachtens von Dr. med. G.\_\_\_\_ leide die Beschwerdeführerin als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit unter einer rezidivierenden depressiven Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leicht bis mittelgradiger Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F 33.0/1). Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass es sich diagnostisch um eine schwer ausgeprägte depressive Episode mit chronifiziertem Verlauf im Sinne einer ängstlich agitierten Depression handle. Zudem ergäben sich Hinweise für den Verdacht einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1). Es ergebe sich ein prolongierter und langwieriger Verlauf mit deutlicher Akzentuierung der depressiven Symptomatik, wodurch die beschriebenen Funktionseinschränkungen bestünden. Demnach lasse sich aus der Psychopathologie, der Anamnese und den Verlaufsbeobachtungen im Kontext zur Diagnose und den damit einhergehenden schweren Funktionseinschränkungen eine schwere Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im eindeutigen Kausalitätszusammenhang mit dem Störungsbild begründen. Es sei auch zu erwähnen, dass aus seiner Sicht bei der Darstellung der Beschwerden durch die Beschwerdeführerin eine gewisse Überexpression vorliege, welche aber am ehesten als Merkmal des individuellen Kommunikationsstils zu interpretieren und nicht mit einem Verhalten zur Bestärkung der Beschwerden im Sinne einer Aggravation oder gar Simulation zu sehen sei, wie im Gutachten dargelegt. Aus seiner Sicht fänden keinerlei Dramatisierungen der Beschwerden statt. Testpsychologisch habe sich ein schweres depressives Syndrom abgebildet (s. MADRS und BMI). Die Krankheit mit Verlust an Mobilität sowie Funktionseinschränkungen und folglich Alltagseinschränkungen stelle eine schwere und vor allem anhaltende Belastung der Beschwerdeführerin dar. Aus seiner Sicht stünden die krankheitsbedingten Einschränkungen und Limitierungen mit Verlust an Selbständigkeit und Autonomie im wichtigen Zusammenhang mit der Entwicklung des aktuell schwergradigen depressiven Zustandes. In diesem Zusammenhang seien die Ausführungen des gutachterlich tätigen Psychiaters nicht vollumfänglich nachvollziehbar, da ihm die Beschwerdeführerin zu Beginn der Erkrankung nicht bekannt gewesen sei; dadurch liege eine augenscheinliche Diskrepanz zwischen der vorliegenden Beurteilung und dem Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ vor. Aufgrund der chronischen Entwicklung der Depression und der schwer beeinträchtigten Körperfunktion mit Mobilitätsverlust und Beeinträchtigung der Selbständigkeit lägen wenig persönliche Ressourcen vor. Die Beschwerdeführerin habe sich mit Ausnahme des Kontakts zur Primärfamilie sozial weitestgehend isoliert, was mit der Depression im Zusammenhang mit dem Antriebsmangel, der verminderten Stresstoleranz, der Interesse- und Lustlosigkeit gut zu begründen sei. Die Befunde seien objektivierbar (Schlafstörungen, Antriebsminderung mit Energie- und Kraftlosigkeit, fehlende Lebensfreude [Anhedonie], verminderte Stressresistenz, Konzentrationsdefizite). Allerdings müsse erwähnt werden, dass die Schmerzschwelle bei depressiven Erkrankungen und bei Schlafstörungen (wie im vorliegenden Fall anzutreffen) herabgesetzt sei (dies erkläre sich durch die Gate-Control-Hypothese, welche besage, dass durch den Mangel an Serotonin und Noradrenalin im Rahmen der Depression die Schmerzhemmung auf spinaler Ebene vermindert sei) und damit eine Wechselwirkung zwischen Schmerzen, Schlafstörungen und Depressionen bestehe. Auf der Basis der Gate-Control Theorie baue auch die analgetische Wirkung dual wirksamer Antidepressiva auf. Bislang habe sich der Gesamtverlauf als kaum beeinflussbar gestaltet, weshalb von einer Beschwerdepersistenz im zukünftigen Verlauf ausgegangen werden müsse. Die Beschwerdeführerin befinde sich seit drei Jahren in stationärer und ambulanter Behandlung und trotz dieser Massnahmen habe keine erhoffte und nachhaltige Besserung der Schmerzsymptomatik und auch

depressiven Beschwerden und der damit einhergehenden der Funktionsbeeinträchtigungen erreicht werden können. Aufgrund der genannten Faktoren und Überlegungen müsse die Prognose als ungünstig eingestuft werden. Von der Tochter der Beschwerdeführerin sei zu erfahren gewesen, dass ihre Mutter zu Hause nur über Wertlosigkeitsgefühle und Befürchtungen vor Krankheitsprogredienz spreche. Es bestehe eine innere Agitiertheit und verminderte Stressresistenz, so sei das Anspannungsniveau generell erhöht, dadurch komme es bei banalen Vorfällen zu Missverständnissen und häufig zu nicht nachvollziehbaren Impulsausbrüchen. Bisher hätten keine wirksame Psychopharmakotherapie und Schmerztherapie etabliert werden können, trotz der Massnahmen sei es zu einer Beschwerdepersistenz mit chronischem Verlauf ohne nennenswerte Besserung gekommen, aus diesem Grund sei in den nächsten Monaten nicht von einer Verbesserung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit auszugehen. Gemäss der Befundlage, des Verlaufs mit den beschriebenen Funktionsbeeinträchtigungen und mehreren erfolglosen Behandlungsversuchen könne der Beschwerdeführerin vorläufig keine Tätigkeit zugemutet werden. Aus den genannten Faktoren resultiere eine deutlich verminderte Belastbarkeit (Erläuterungen siehe oben: Antriebsmangel, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, verminderte Stressresistenz mit folglich mehr Pausennotwendigkeiten). Der Schweregrad der depressiven Erkrankung führe zu den beschriebenen Funktionsbeeinträchtigungen, wodurch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (als Fabrikmitarbeiterin und teilzeitig als Reinigungsfachkraft) sowie eine mindestens 70%ige Arbeitsunfähigkeit für Verweistätigkeiten begründbar sei. Zudem sei aus genannten Gründen die Bewältigung alltäglicher Aufgaben erheblich eingeschränkt. Die Beurteilung von Dr. med. J.\_\_\_\_ hinsichtlich Leistungsfähigkeit (Arbeitsfähigkeit) beziehe sich stets auf Funktionseinschränkungen in Bezug auf die Symptome der gestellten Diagnosen, die Beurteilung erfolge stets im Kontext zur angestammten Tätigkeit (unter Beachtung der Zumutbarkeitskriterien für mögliche Verweistätigkeiten). D.h. nicht nur die Diagnose per se, sondern die Symptome der Diagnose und die daraus resultierenden Funktionseinschränkungen unter Beachtung der angestammten Tätigkeit würden beurteilt. Aus den genannten Gründen und aufgrund der Verlaufsbeobachtungen während der bisherigen Therapieepisode empfehle Dr. med. J.\_\_\_\_ unterstützend eine Zweitmeinung über eine weitere Begutachtung. 5.15 Dr. med. F.\_\_\_\_, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 25. April 2016 fest (IV-Nr. 92) fest, das vorliegende bidisziplinäre, neurologisch / psychiatrische Gutachten sei umfassend. Es sei in Kenntnis der Vorakten erstellt worden. Es beruhe auf einer ausführlichen Anamnese- und Befunderhebung. Die medizinische Beurteilung sei nachvollziehbar, eine Konsensbesprechung zwischen den Experten sei erfolgt und die Schlussfolgerungen seien begründet. Für die Beurteilung des Rentenanspruchs könne auf das Gutachten abgestützt werden. In seiner ausführlichen Stellungnahme lege der behandelnde Psychiater Dr. med. J.\_\_\_\_ nochmals dar, wie er den psychischen Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit seiner Patientin einschätze. Das Gutachten Dr. med. G.\_\_\_\_ an sich werde nicht bemängelt. Die diagnostische Einschätzung von Dr. med. J.\_\_\_\_ und dessen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit seien dem Gutachter aus dem Arztbericht vom 3. Mai 2015 [recte: 3. Juni 2015] bekannt. In der Stellungnahme zum Gutachten würden keine neuen Diagnosen erwähnt. Der Gutachter setze sich in seiner Expertise ausführlich mit der abweichenden Beurteilung von Dr. med. J.\_\_\_\_ auseinander und lege dar, warum aus seiner Sicht die depressive Störung als höchstens leicht bis mittelgradig ausgeprägt und nicht wie von Dr. med. J.\_\_\_\_ als schwer ausgeprägt einzuschätzen sei. Arbeitsfähigkeit in der

angestammten Tätigkeit als Fabrikarbeiterin: 100 % Arbeitsunfähigkeit seit 10. Mai 2013 andauernd. Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Verweistätigkeit: (zumutbare Tätigkeiten: Arbeiten im Sitzen ohne Gewichtsbelastungen über 5 kg mit deutlich erhöhtem Pausenbedarf und weiterer Einschränkungen des Rendements im Rahmen der Blasenfunktionsstörung und der neuropathischen Schmerzen): 100 % Arbeitsunfähigkeit vom 10. Mai 2013 bis 21. November 2013 und 29. Oktober 2015 bis 31. Dezember 2015. Arbeitsunfähigkeit 50 % vom 22. November 2013 bis 28. Oktober 2015. Arbeitsunfähigkeit 40 % seit Januar 2016 andauernd. 5.16 Dr. med. G. \_\_\_ führte in seinem Schreiben vom 6. September 2016 (IV-Nr. 107) aus, die Rechtsvertreterin moniere, dass unklar bleibe, wie der Gutachter auf eine Verbesserung der psychischen Situation ab November 2015 schliessen könne. Es existiere kein Arztbericht, welcher echtzeitlich zwischen dem 3. Juni 2015 und November 2015 berichte. Dazu sei festzuhalten, dass sich die in seinem Gutachten beschriebene Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes nicht auf frühere Arztberichte, sondern auf die während der gutachterlichen Untersuchung am 26. Januar 2016 von der Explorandin selbst gemachten Angaben abstütze. Auf die Frage nach ihrem Befinden habe sie spontan erklärt, dass es ihr wieder etwas besser gehe, nachdem sie vor zwei bis drei Monaten, d.h. Ende Oktober 2015, zum zweiten Mal an der Wirbelsäule operiert worden sei. Während der gutachterlichen Untersuchung vom Januar 2016 sei der Schweregrad der Depression, wie im Gutachten eingehend dargelegt, als leicht- bis mittelgradig beurteilt worden, gestützt auf die subjektiv geklagten Beschwerden der Explorandin und die während der Untersuchung erhobenen Befunde. Ein ausschliesslich mittelgradiger oder gar schwerer Schweregrad der Depression habe nicht festgestellt werden können. Diese Tatsache sei eingehend anhand der subjektiv geklagten Beschwerden und der aktuell während der gutachterlichen Untersuchung erhobenen Befunde sowie der festzustellenden psychischen Ressourcen der Explorandin begründet worden. Eine Verbesserung der Depression sei im Gutachten auch im Vergleich mit dem Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. J. \_\_\_ vom 3. Juni 2015 belegt worden. Unter Berücksichtigung all dieser Faktoren lasse sich zweifelsfrei eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands nachweisen. Der für die Verbesserung erwähnte Zeitpunkt, Dezember 2015, sei nicht frei gewählt, sondern stütze sich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin, nämlich der Tatsache, dass es ihr seit der Operation im Oktober 2015 wieder besser gehe. Eigentlich hätte als Zeitpunkt der Verbesserung der Beschwerden bereits der Oktober 2015 genannt werden müssen, ausgehend aber davon, dass die Veränderung eines psychischen Gesundheitszustands und auch eine Stabilisierung desselben eine gewisse Zeit benötigten, sei im Gutachten für die Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands der Dezember 2015 gewählt. Die Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands sei anhand von objektiven Befunden im Vergleich mit dem Bericht von Dr. med. J. \_\_\_ vom 3. Juli 2015 eingehend begründet worden. Des Weiteren bemängle die Rechtsvertreterin, dass im Gutachten bezüglich der familiären Anamnese nicht erwähnt werde, dass mehrere Verwandte der Explorandin an Hirnschlägen gelähmt oder verstorben seien. Während der gutachterlichen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin keine solchen Angaben gemacht, im Gegenteil habe sie sich beklagt, dass sie die Einzige in der Familie sei, die auf den Rollstuhl angewiesen sei. Sie habe sich denn auch nicht über diesbezügliche Ängste geäussert, aber unmissverständlich davon gesprochen, dass sie wegen ihrer eigenen Krankheit unter einer Hoffnungslosigkeit leide. In diesem Kontext sei auch erwähnt, dass die Angaben der Beschwerdeführerin während der gutachterlichen Untersuchung nicht immer konsistent und zum Teil widersprüchlich

gewesen seien, wie im Gutachten eingehend dargelegt. Darüber hinaus moniere die Rechtsvertreterin, dass auf der Basis der Gate-Control Theorie auch die analgetische Wirkung dual wirksamer Antidepressiva aufbaue. Zu bemerken dazu sei die Tatsache, dass es sich hierbei ausschliesslich um das Problem der analgetischen, nicht der antidepressiven Wirkung gehe. Die Rechtsvertreterin erwähne zudem, dass sich der Gutachter lediglich auf die Tatsache abstütze, dass die Beschwerdeführerin nur mit Surmontil 25 mg medikamentös antidepressiv behandelt werde, was nicht vereinbar sei mit einem schweren Schweregrad einer Depression. Aus gutachterlicher Sicht müsse dazu gesagt werden, dass tatsächlich als einzige antidepressive medikamentöse Behandlung diejenige des Surmontils 25 mg bestehe, auch wenn die Rechtsvertreterin zusätzlich erwähne, dass Dr. med. J. \_\_\_ noch diverse weitere Heilmittel verordne (welche jedoch nicht aufgelistet würden, respektive in keinem Bericht beschrieben seien, und auch von der Explorandin nicht erwähnt würden). Mit Fug und Recht sei aus gutachterlicher Sicht auf eine Blutkonzentrationsbestimmung verzichtet worden, aufgrund der niedrigen Dosierung des verordneten Surmontils. Zusammenfassend müsse gesagt werden, dass die Argumente der Rechtsvertreterin – im Speziellen, dass die Anamnese lediglich mangelhaft erhoben worden sei, die aktuellen Beschwerden nur teilweise berücksichtigt und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ohne Begründung und ohne jegliche Grundlage erfolgt sein sollen – nicht zu überzeugen vermöchten, so dass sich Dr. med. G. \_\_\_ nicht dazu veranlasst sehe, eine Änderung bezüglich seiner im Gutachten gestellten Diagnosen und der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorzunehmen. 5.17 Dr. med. H. \_\_\_ hielt in seinem Schreiben vom 13. Oktober 2016 (IV-Nr. 108) fest, die Rechtsvertreterin führe insbesondere betreffend das Neurologische Gutachten aus, es bestünden Diskrepanzen betreffend die Arbeitsfähigkeit zu den Berichten des B. \_\_\_ vom 21. November 2013 (vgl. E. II. 5.2 hiervor) und zum neurochirurgischen Bericht vom 18. Dezember 2013 (vgl. E. II. 5.3 hiervor). Hier sei jeweils eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Diesbezüglich bestehe keine Diskrepanz, da auch seinerseits attestiert worden sei, dass die Explorandin in der angestammten Tätigkeit bis heute arbeitsunfähig sei. Er gehe mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon aus, dass in den oben genannten Berichten die angestammte Tätigkeit gemeint gewesen sei. Falls dies nicht der Fall gewesen wäre, hätte entweder explizit geschrieben werden müssen, dass die vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit gelte oder aber es hätte differenziert ausgeführt werden müssen, welche Einschränkung für die angestammte und welche für eine angepasste Tätigkeit gelte. Die Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit, welche aus bidisziplinärer Sicht ab dem 22. November 2013 attestiert worden sei, habe diverse und erhebliche Einschränkungen gegenüber der angestammten Tätigkeit beinhaltet, entsprechend auch den Befunden, welche insbesondere im Austrittsbericht des B. \_\_\_ geschildert worden seien. Zudem seien auch psychiatrische Aspekte einbezogen und damit eine teiladditive Wirkung aus bidisziplinärer Sicht angenommen worden. Die Rechtsvertreterin führe auch aus, erst am 1. Juli 2014 bzw. 5. Juli 2014 sei vom B. \_\_\_ bzw. vom Hausarzt eine Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit attestiert worden, das Mass der verminderten Leistungsfähigkeit habe von beiden Seiten nicht bestimmt werden können. Auch hier bestehe aus Sicht des Referenten keine Diskrepanz, indem sicher nicht angenommen werden könne, dass erst ab 1. Juli 2014 bzw. 5. Juli 2014 eine Teilarbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit möglich gewesen sei, nachdem zu diesen Daten berichtet worden sei. Es lägen keinerlei Berichte von früherem Datum vor, welche die Arbeitsfähigkeit der Explorandin für eine angepasste Tätigkeit einschätzten. Andererseits müsse in diesem Zusammenhang auch aufgeführt werden, dass der Hausarzt

am 5. Juli 2014 eine angepasste Tätigkeit im Rahmen von 8.5 Stunden pro Tag als zumutbar erachtet habe, wobei mehrere Pausen am Tag eingelegt werden müssten. Damit könne auch die Sicht der Rechtsvertreterin nicht gestützt werden, dass die Beurteilungen und Schlussfolgerungen der drei Ärzte übereinstimmend seien. Die Rechtsvertreterin bemängle des Weiteren, dass die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit ab Anfang des Jahres 2016 auf 40 % eingeschätzt worden sei. Sie zitiere auch, dass Dr. med. Y.\_\_\_\_, welcher die Explorandin im Oktober 2015 operiert habe, berichtet habe, «dass sich die Neurologie im Vergleich zu vor der Infiltration nicht verändert habe». Diesbezüglich sei zu sagen, dass der Zeitpunkt, ab welchem die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit auf 40 % eingeschätzt worden sei, auf der bidisziplinären Sicht beruhe. D.h. unter Berücksichtigung der teiladditiven Wirkung zu diesem Zeitpunkt. Dass der Chirurg, welcher die Explorandin im Oktober 2015 an der HWS operiert habe und im Januar 2016 Infiltrationen lumbal vorgenommen habe, geschrieben habe, dass sich die «Neurologie nicht verändert habe», beziehe sich üblicherweise nach solchen Eingriffen darauf, dass weder eine Verbesserung allfällig vorbestehender neurologischer Ausfälle von Seiten der HWS oder der LWS noch neue Ausfälle aufgetreten seien. Dies habe nichts mit dem Gesamtbefinden der Explorandin zu tun und schon gar nicht mit der Arbeitsfähigkeit. Die Explorandin selber berichte hingegen, dass es nach der Operation im Oktober 2015 zu einer Verbesserung der Kopfschmerzen sowie weniger Einschlafen der Hände und weniger Schmerzen im Nacken gekommen sei. Dass aus Sicht der Rechtsvertreterin schliesslich gar die Kenntnis der Vorakten wie auch die Beurteilung der medizinischen Situation infrage gestellt würden, die Ausführungen zur Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin als nicht einleuchtend und die Schlussfolgerungen als nicht begründet beurteilt worden seien, zudem die Anamnese nur mangelhaft erhoben worden sei, die aktuellen Beschwerden nur teilweise berücksichtigt und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ohne Begründung und ohne jegliche Grundlage erfolgt sei, könne aus Sicht des Referenten zumindest nicht nachvollzogen werden. 5.18 Die RAD-Ärztin Dr. med. F.\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 8. Dezember 2016 (IV-Nr. 113 S. 2) fest, die beiden Gutachter nähmen ausführlich zu den Einwendungen der Rechtsvertreterin Stellung. Sie erläuterten und begründeten ihre von den Behandlern abweichenden Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit und ihre Überlegungen betreffend den Beginn der jeweiligen Arbeitsunfähigkeiten. Für die Beurteilung des Rentenanspruchs könne auf die Stellungnahme von 25. April 2016 (vgl. E. II. 5.15 hiervor) abgestellt werden. Weiterführende medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt. 5.19 In der Stellungnahme vom 3. Mai 2017 (IV-Nr. 120 S. 22 ff.) hielt Dr. med. J.\_\_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin befinde sich seit dem 30. Juni 2014 in seiner Fachbehandlung. Psychiatrisch leide die Beschwerdeführerin unter einer chronisch verlaufenden, schweren depressiven Episode (ICD-10 F33.2) im Sinne einer ängstlich agitierten Depression bei Hinweisen auf eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1). Die somatischen Diagnosen setze er als bekannt voraus (kurz zusammengefasst: eingeblutete myeläre Raumforderung auf Höhe BWK11 mit Status nach Laminektomie und Hämatomevakuations bei chronischen Schmerzen mit inkompletter sensomotorischer Paraplegie). Wie bereits in seinem Bericht vom 6. April 2016 erwähnt, habe die Beschwerdeführerin in den Testungen Montgomery-Asperg Depression Rating Scale (MADRS) 37 Punkte und im Beck-Depressionsinventar (BDI) 42 Punkte gezeigt. Obwohl diese Testungen für Verlaufsbeurteilungen und nicht als Screeningmethode Anwendung fänden, widerspiegeln sie eindeutig den klinisch bestätigten Schweregrad der Depression mit den daraus resultierenden Funktionseinschränkungen. Dabei habe er klinisch folgende

Symptomatik beschrieben: Antriebslosigkeit, depressiver Affekt mit vereinzelt aufhellbaren Phasen bei aber weitgehend schwerer depressiver Grundstimmung, Einschränkungen der Sozialkompetenz mit Rückzug, Durchschlafstörungen, Alpträume mit Nachhallerinnerungen sowie rasche Ermüdbarkeit im Tagesverlauf infolge der Antriebsproblematik. Die Beschwerdeführerin leide zudem unter Konzentrationsstörungen mit folglich defizitären Gedächtnisleistungen. Es bestehe eine deutlich herabgesetzte Stressresistenz, so dass es bei geringen Anforderungen zur Überlastung komme. Durch die Freud-, Interesselosigkeit und verminderte Stressresistenz seien die sozialen Funktionen eingeschränkt, was den beschriebenen Rückzug begründe. Durch die Durchhaltungschwäche und Stressintoleranz in Form von Dünnhäutigkeit bestünden mehr Pausennotwendigkeiten, zur Bewältigung alltäglicher Verpflichtungen wie Selbstversorgung bestünden infolge der Antriebsarmut hohe Überwindungsanstrengungen. Aus den genannten Beschwerden resultierten schwere Funktionsbeeinträchtigungen in den wichtigen Bereichen wie Sozialleben, Freizeitgestaltung, Bewältigung alltäglicher Verpflichtungen wie Haushalt und persönliche Fürsorge sowie in der angestammten Tätigkeit als Fabrikarbeiterin. Die klinischen Beobachtungen von Dr. med. J.\_\_\_\_ stützten sich auf den Behandlungsverlauf mit den jeweiligen Befunden, der Anamnese, Fremdanamnese und die beschriebenen Testungen. Es handle sich um einen langwierigen und prolongierten Verlauf. Auch erwähne er den überexpressiven Kommunikationsstil als individuelles Merkmal der Beschwerdeführerin, was nicht einer Beschwerdebestärkung im Sinne einer Aggravation oder gar Simulation gleich zu setzen sei. Durch die beschriebenen Symptome der schweren Depression und den daraus folgenden krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen bestünden in sämtlichen Alltagsbereichen schwere Defizite. Die Depression führe zu einer erniedrigten Schmerzschwelle (sog. Gate-Control Theorie, die besage, dass durch den Mangel an den Neurotransmittern Noradrenalin und Serotonin die absteigende Wirkung dieser Hormone auf spinaler Ebene im Bereich Hinterhorn [erste Umschaltstelle der eintretenden Schmerzfasern] herabgesetzt sei, wodurch bei Depressionen die Schmerzschwelle herabgesetzt sei). Zudem sei nachgewiesen, dass bei Schlafstörungen das Schmerzempfinden erhöht sei. Demnach bestehe eine ungünstige Wechselwirkung zwischen Depression, Schlafstörungen (als Teilsymptom der Depression) und somatischen Beschwerden. Trotz langer Therapie habe bezüglich Depression und Schmerzen keine nachhaltige und richtungsändernde Besserung der Symptomatik (er beziehe sich hier in erster Linie auf die Depression) erreicht werden, damit begründe er auch die ungünstige Prognose. Aus den genannten Gründen könne der Beschwerdeführerin keine Tätigkeit zugemutet werden. Die erwähnten klinischen Beschwerden (Antriebsmangel, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, verminderte Stressresistenz und aus den Symptomen deshalb resultierende erhöhte Pausennotwendigkeiten bei vermindertem Leistungsvermögen) führten nach wie vor zu einer 100 % Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (Fabrikarbeit und teilzeitig als Reinigungsfachkraft) sowie zu einer mindestens 70 % Arbeitsunfähigkeit in Verweistätigkeiten. Seine Überlegungen stützten sich auch auf die beschriebenen Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag, im Sozialleben und in der Freizeit und resultierten aus den Untersuchungsbefunden, der Anamnese und fremdanamnestische Angaben. Damit könne zusammenfassend aus seinen Untersuchungen nochmals bestätigt werden, dass es sich hiermit um eine schwere Depression mit den entsprechenden schweren Funktionsbeeinträchtigungen handle, so dass die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nicht gegeben sei. Wie bereits damals erwähnt, divergierten seine Ergebnisse mit den Beschreibungen von Dr. med. G.\_\_\_\_. Da

sich die klinische Situation nicht geändert habe, sehe er keinen Anlass zur Änderung der Diagnosen und Funktionseinschränkungen resp. der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. 5.20 Dr. med. J.\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 28. August 2017 (Beschwerdebeilage Nr. 4) fest, seine Beurteilung stütze sich auf die Verlaufsbeobachtung seit Oktober 2014, die psychopathologischen Befunde, subjektive Angaben der Beschwerdeführerin, fremdanamnestiche Auskünfte und die vorliegenden Berichte der stationären Behandlungen. Durch Einbezug der Fremdanamnese (primäres Umfeld, welches die Beschwerdeführerin mit ihren Beschwerden und dadurch verursachten Funktionseinschränkungen während des Alltags aktiv erlebe, Symptome und Funktionseinschränkungen) sei die gründliche und objektive Beschwerdevalidierung gegeben. Zudem sei der psychopathologische Befund nach AMDP immer das Resultat der Summe von subjektiven Beschwerden und objektiven Befunden. Dies werde im AMDP auch so gekennzeichnet («S» für Selbstbeurteilung, «F» für Fremdbeurteilung, Gross- oder Kleinbuchstaben für S und F entsprechend ihrer Bedeutsamkeit für ein entsprechendes Symptom). Somit sei eine «Vermischung» nicht zu vermeiden und fachlich absolut korrekt. Zudem sei zu erwähnen, dass die Beurteilung einer psychiatrischen Erkrankung immer primär klinisch erfolge und zudem habe er Testungen mit dem MADRS und dem BDI verwendet und diese als Ergänzung in seiner Beurteilung einbezogen und erwähnt. Zusammenfassend halte er an seiner Beurteilung mit den Diagnosen chronische schwere depressive Störung (ICD-10 F32.2) mit den entsprechenden schweren Funktionsbeeinträchtigungen – wie erwähnt – fest. Zur Begründung der Funktionseinbussen und damit einhergehenden, verminderten Leistungsfähigkeit weise er gerne auf seinen letzten Bericht vom 3. Mai 2017 (vgl. E. II. 5.19 hiervor) und seine Stellungnahme vom 5. April 2016 [recte: 6. April 2016] (vgl. E. II. 5.14 hiervor) sowie auf das aktuelle Schreiben hin. Dabei stütze er sich nicht nur auf seine Beschwerdeeinschätzung und subjektive Angaben der Beschwerdeführerin, sondern auf fremdanamnestiche Auskünfte einschliesslich Informationen vom Umfeld und weiterer beteiligter Fachpersonen (Hausarzt, Klinikaufenthalte), zudem habe er auch Testungen mit dem BDI und MADRS als unterstützende Werkzeuge mit einfliessen lassen. Demnach habe er vollumfänglich den Aspekt der Beschwerdevalidierung berücksichtigt. 6. Da die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ und Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 19. Februar 2016 (vgl. E. II. 5.12 hiervor) abstellt, ist zu prüfen, ob diesem Beweiswert zuzusprechen ist: 6.1 Das von Dr. med. G.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. H.\_\_\_\_, Neurologie FMH, erstellte bidisziplinäre Gutachten wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. II. E. 4.2 hiervor) gerecht. So wurde die Beschwerdeführerin am 26. Januar 2016 und am 28. Januar 2016 einer ausführlichen psychiatrischen und neurologischen Exploration unterzogen (IV-Nrn. 86.2 S. 2, 5 ff. und 86.1 S. 1 ff.). Damit sind ihre geklagten Beschwerden in die gutachterlichen Beurteilungen miteingeflossen. Zudem beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen. So wurden der psychiatrische Befund erhoben und neurologische Untersuchungen (IV-Nrn. 86.2 S. 11 f., 86.1 S. 12 ff.) durchgeführt. Durch das Aufführen der relevanten medizinischen Akten in chronologischer Reihenfolge sowohl aus psychiatrischer als auch aus neurologischer Sicht (IV-Nrn. 86.2 S. 6 ff. und 86.1 S. 3 ff.) wurde das Gutachten zudem in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt. Da zwischen den beiden Gutachtern am 5. Februar 2016 eine bidisziplinäre Konsensbesprechung stattfand (IV-Nrn. 86.1 S. 1 und 23 f., 86.2 S. 23), beruhen die gutachterlichen Schlussfolgerungen insbesondere auch in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit

der Beschwerdeführerin auf einer konsensualen Beurteilung. Es leuchten ferner die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ein: Der psychiatrische Gutachter Dr. med. G.\_\_\_\_ hält fest, dass die bei der Beschwerdeführerin festgestellten Symptome die notwendigen Kriterien zur Diagnosestellung einer depressiven Episode erfüllten (IV-Nr. 86.1 S. 14). Diese Einschätzung erscheint aufgrund der anschliessend während der aktuellen Untersuchung festgestellten Symptome plausibel: So sei die Stimmung der Beschwerdeführerin zeitweise gereizt-aggressiv, manchmal lustlos, traurig und selten einmal fröhlich gewesen. Es seien eine morgendliche Müdigkeit, eine Vergesslichkeit, eine zeitweise verminderte Konzentrationsfähigkeit, eine Gewichtszunahme von 30 kg seit Mai 2013, ein leicht vermindertes Selbstvertrauen sowie ein manchmal auftretendes Gefühl einer allgemeinen Sinnlosigkeit und zeitweiliger Suizidgedanken vorhanden, wobei Letztere durch die Gedanken an die Kinder jeweils neutralisiert würden. Es vermag sodann im Weiteren einzuleuchten, dass der Gutachter davon ausgeht, dass es sich hierbei um einen leichten bis mittelgradigen Schweregrad einer Depression handelt. Dies insbesondere aufgrund der im Rahmen der Exploration festgestellten Befunde, wonach die Beschwerdeführerin einen vitalen Eindruck hinterlasse, da sie spontan und viel mit einer kräftigen Stimme gesprochen habe, eine wechselhafte Stimmung zeige, indem sie beim Gespräch über belastende Themen bedrückt-traurig wirke und zeitweise Tränen in den Augen gehabt habe. Bei Themen, die dann aber nicht die Beschwerden betroffen hätten, sei die Stimmung ausgeglichen gewesen. So habe die Beschwerdeführerin immer wieder lächeln und einige Male verhalten lachen können. Ausserdem habe sie bei der Exploration bei der Frage nach ihrem Befinden spontan angegeben (IV-Nr. 86.2 S. 5), dass es ihr nun wieder etwas bessergehe, nachdem sie vor zwei bis drei Monaten, d.h. Ende Oktober 2015 zum zweiten Mal an der Wirbelsäule (Halswirbelsäule) operiert worden sei. Anschliessend habe sie weiter dargelegt, dass sie vor der Operation viel unter Kopfschmerzen sowie Schulter- und Nackenschmerzen gelitten habe und ihr die Hände oft eingeschlafen seien. Seither hätten sich die Schmerzen jedoch verbessert und sie verspüre heute nur noch wenig Schmerzen (IV-Nr. 86.2 S. 5 f.). Gestützt auf diese Ausführungen überzeugt die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters, wonach es zu einer Teilverbesserung der depressiven Symptomatik nach der Halswirbelsäulen-Operation Ende Oktober 2015 gekommen sei (IV-Nr. 86.2 S. 16), wobei diese auch auf die bisherigen psychiatrischen Behandlungen zurückgeführt werden könnte. Der positive Einfluss der psychiatrischen Therapie lässt sich aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin nachvollziehen, wonach sie bei Dr. med. J.\_\_\_\_ etwa einmal alle zwei bis drei Wochen Sitzungen in ihrer Muttersprache Albanisch wahrnehme (IV-Nr. 86.2 S. 10). Dr. med. G.\_\_\_\_ hat ausserdem die Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 in seinem Teilgutachten behandelt und sich mit diesen eingehend auseinandergesetzt (vgl. auch IV-Nr. 86.2 S. 20 ff.), wobei er u.a. die Ressourcen der Beschwerdeführerin bejaht. So hält er diesbezüglich fest, die Beschwerdeführerin sei bspw. an Aktualitäten interessiert, da sie sich mit dem Schauen von Nachrichtensendungen im Fernsehen informiere (IV-Nr. 68.2 S. 17 f.). Zudem sei die psychosoziale Funktionsfähigkeit in der Beziehung zu ihrem Ehemann, den Kindern, Freundinnen, den Geschwistern und zur Mutter als weitgehend intakt zu beurteilen, auch wenn es wegen der Stimmungsschwankungen der Beschwerdeführerin z.T. in der Beziehung mit dem Ehemann und den Kindern manchmal zu Konflikten komme. Während der aktuellen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin immer präzise zeitliche Angaben gemacht, relevante kognitive Beeinträchtigungen liessen sich nicht erkennen. Das Fähigkeitsniveau könne gemessen am Mini-ICF-APP aus

psychiatrischer Sicht insgesamt als höchstens leicht- bis mittelgradig eingeschränkt beurteilt werden. Insbesondere seien die Durchhaltefähigkeit, die Fähigkeit zu Spontanaktivitäten sowie die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht als eingeschränkt zu beurteilen. Die übrigen Items des Ratingbogens Mini-ICF-APP könnten als nicht relevant eingeschränkt betrachtet werden. Aufgrund dieser Darlegungen ist die daraus gezogene Schlussfolgerung des psychiatrischen Experten nachvollziehbar, wonach sich die Beschwerdeführerin auf diese Ressourcen und verbleibenden Fähigkeiten bei der Ausübung einer Tätigkeit abstützen könne. Die Beschwerdeführerin habe gegenüber den neurologischen Experten Dr. med. H.\_\_\_\_ eine Migräne beklagt, die aber heute kein grosses Problem mehr darstelle. So habe sie vor drei Monaten zum zweitletzten Mal einen Anfall gehabt und vorgestern einen letzten. Früher habe sie etwa zwei bis drei Anfälle pro Monat gehabt (IV-Nr. 86.1 S. 2 f.). Es erscheint daher schlüssig, dass Dr. med. H.\_\_\_\_ diesbezüglich von einer Migränedisposition ohne Aura ausgeht und dieser denn auch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beimisst (IV-Nr. 86.1 S. 18 oben). Bei der gutachterlichen Untersuchung im Bereich der unteren Extremitäten wurden folgende Befunde der groben Kraft festgestellt: Iliopsoas rechts M 4 - 5, links M 4 +, Quadrizeps beidseits M - 5, Fussextensoren rechts M - 5, links M 4 - 5, Zehenextensoren rechts M 4 - 5, links M 4 +, Zehenflexoren beidseits M 3 - 4 (IV-Nr. 86.1 S. 13 unten). Im Vergleich zu den im Austrittsbericht des Spitals N.\_\_\_\_ vom 27. Mai 2013 (vgl. E. II. 5.1 hiervor) zum Eintritt der Beschwerdeführerin festgehaltenen Befunden leuchtet die Ausführung des neurologischen Gutachters ein, dass sich bis heute auf jeden Fall eine gute Erholung der groben Kraft im Bereich der unteren Extremitäten eingestellt habe (IV-Nr. 86.1 S. 18). So hat bspw. die Fussextension und -flexion im Jahr 2013 beidseits M 1 betragen. Bei der gutachterlichen Messung im Jahr 2016 werden die Fussextensoren demgegenüber neu mit rechts M - 5 und links M 4 - 5 angegeben. Es ist daher diesbezüglich von einer Verbesserung auszugehen. In diesem Zusammenhang überzeugt denn auch die Feststellung des neurologischen Gutachters, wonach das Ausmass der residuellen Gehfähigkeit betreffend die Strecke heute nicht klar beschrieben werden könne (IV-Nr. 86.1 S. 18). Denn die Beschwerdeführerin gebe bei der gutachterlichen Exploration an, heute mit Hilfe von zwei Stöcken und den Unterschenkel-Orthesen lediglich noch circa 5 m weit gehen zu können und dann in den Beinen nicht mehr genügend Kraft zu haben und sich hinsetzen zu müssen (IV-Nr. 86.1 S. 4). Da diese Ausführungen in einem gewissen Widerspruch zur Erholung der groben Kraft im Bereich der unteren Extremitäten stehen und im Austrittsbericht des B.\_\_\_\_ vom 21. November 2013 (vgl. E. II. 5.2 hiervor) zudem festgehalten wurde, die Beschwerdeführerin habe bis zum Austritt 20 Treppenstufen mit Handlauf und Unterarm-Gehstock meistern können, ist der bei Dr. med. H.\_\_\_\_ entstandene Eindruck einer Aggravation der residuellen Einschränkung nachvollziehbar (IV-Nr. 86.1 S. 18). Damit kommt dem bidisziplinären Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ und Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 19. Februar 2016 grundsätzlich voller Beweiswert zu. 6.2 Es ist daher zu prüfen, ob die vorangehenden medizinischen Berichte den Beweiswert des medizinischen Gutachtens in Frage zu stellen vermögen. Dabei ist zunächst auf das psychiatrische Teilgutachten (vgl. E. II. 6.2.1 hiernach) und anschliessend auf das neurologische Teilgutachten (vgl. E. II. 6.2.2 hiernach) einzugehen: 6.2.1 In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 9. Februar 2016 (vgl. IV-Nr. 86.2) ergibt sich Folgendes: 6.2.1.1 Einzugehen ist zunächst auf den Bericht von Dres. med. S.\_\_\_\_ und T.\_\_\_\_ vom 16. März 2015 (vgl. E. II. 5.6 hiervor). In diesem wurde u.a. festgehalten, dass aufgrund des Abbruchs der Therapie nach erst vier Sitzungen die Diagnostik nicht definitiv

und ausreichend habe abgeklärt werden können. Dennoch wurde ein «Verdacht auf eine mittelgradige depressive Episode» festgehalten. Da diese Verdachtsdiagnose nicht auf einem umfassend erhobenen Psychostatus der Beschwerdeführerin beruht, kann diese nicht hinreichend und umfassend nachvollzogen werden. Es ist dennoch schlüssig, wenn Dr. med. G.\_\_\_\_ gestützt auf diese Verdachtsdiagnose davon ausging, dass sich diesbezüglich keine relevanten Diskrepanzen zu seinem Teilgutachten ergeben (IV-Nr. 86.2 S. 18). So beurteilte auch er den Schweregrad der rezidivierenden depressiven Störung mit chronischem Verlauf als gegenwärtig «leicht- bis mittelgradige Episode» ohne somatisches Syndrom.

6.2.1.2 In Bezug auf den Arztbericht des die Beschwerdeführerin behandelnden Psychiaters Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 3. Juni 2015 (vgl. E. II. 5.10 hiavor) ist augenfällig, dass dieser – wie auch danach immer – von einer «schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.2), seit 2013» ausging. Dies im Gegensatz zum psychiatrischen Gutachter Dr. med. G.\_\_\_\_, der die festgestellte rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf als «gegenwärtig leicht- bis mittelgradige Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.0/1)» qualifizierte. Auf diese unterschiedlichen Beurteilungen des Schweregrades ging Dr. med. G.\_\_\_\_ in nachvollziehbarer Weise ein (IV-Nr. 86.1 S. 15 und 18). So wies er auf Inkonsistenzen bei Dr. med. J.\_\_\_\_ hin: Dieser berichte einerseits allgemein von einem deutlich reduzierten Antrieb und einer deutlich reduzierten Psychomotorik. Andererseits beschreibe er einen Antriebsverlust morgens, im Sinne eines Morgentiefs. Dies lasse implizit darauf schliessen, dass diese Beeinträchtigung lediglich am Morgen und nicht ganztags bestehe. Darüber hinaus werde auch ein gepflegtes Erscheinungsbild der Beschwerdeführerin beschrieben, was kaum mit dem Vorhandensein eines schweren Schweregrades einer Depression vereinbar sei. Zudem könne eine Sitzungsfrequenz von einer Sitzung alle zwei bis drei Wochen bei Vorliegen einer schweren Depression als nicht ausreichend betrachtet werden. Des Weiteren sei die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin lediglich mit Surmontil 25 mg medikamentös antidepressiv behandelt werde, ebenfalls nicht vereinbar mit einem schweren Schweregrad einer Depression. Dass andere Antidepressiva keine Wirkung gezeigt haben sollen, sei als ebenfalls nur schwer nachvollziehbar zu beurteilen. In diesem Kontext sei erwähnt, dass bis anhin offenbar auch keine Blutkonzentrationsbestimmungen der verordneten Psychopharmaka durchgeführt worden seien. Weiter führte Dr. med. G.\_\_\_\_ aus, dass ein Vergleich mit den Befunden des Berichts von Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 3. Juni 2015 nur bedingt möglich sei, da der behandelnde Psychiater die erhobenen Befunde und die subjektiv geklagten Beschwerden vermische (IV-Nr. 86.2 S. 16 oben). Diese Ausführung leuchtet ein, da der psychiatrische Experte weiter darlegte, dass bspw. dem Bericht des behandelnden Psychiaters nicht entnommen werden könne, ob objektiv feststellbare Konzentrationsdefizite bestanden hätten oder nicht. So beruhen die von Dr. med. J.\_\_\_\_ festgestellten Störungen der kognitiven Funktionen wie Konzentrationsdefizite mit Vergesslichkeit (Kurzzeitgedächtnisstörungen) einzig auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin. Auf diese kann daher nicht abgestellt werden. Diesbezüglich hielt Dr. med. G.\_\_\_\_ sodann fest (IV-Nr. 86.2 S. 12), während der 1,5 Stunden dauernden Exploration hätten weder Konzentrations-, Aufmerksamkeits- oder Auffassungsstörungen oder Ermüdungszeichen klinisch festgestellt werden können. Im Vergleich mit den im Bericht des behandelnden Psychiaters beschriebenen bzw. erhobenen Befunden lasse sich gemäss Dr. med. G.\_\_\_\_ bis heute jedoch eine deutliche Verbesserung feststellen (IV-Nr. 68.2 S. 16). So lasse sich heute insbesondere kein deutlich reduzierter Antrieb mehr erkennen, im Gegenteil hinterlasse die Beschwerdeführerin während der aktuellen Untersuchung einen vitalen Eindruck. Zudem könne in der aktuellen

Untersuchung auch kein andauernd bedrückt-trauriger oder niedergedrückter Affekt festgestellt werden. Unter Berücksichtigung der subjektiven Angaben der Explorandin und auch der vorliegenden Akten sei davon auszugehen, dass der Schweregrad der Depression seit dem Austritt aus dem B. \_\_\_ im November 2013 als mittelgradig zu beurteilen gewesen sei, und dass es nach der Arthrodesen-Operation Ende Oktober 2015 nicht nur zu einer Verbesserung der Schmerzen, sondern auch zu einer Verbesserung der depressiven Beschwerden gekommen sei, so dass seit November 2015 der Schweregrad der Depression als noch höchstens leicht- bis mittelgradig beurteilt werden könne. Diese gutachterlichen Ausführungen überzeugen. Es ist zudem auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, wonach behandelnde Ärzte im Zweifelsfall eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353). Die von Dr. med. J. \_\_\_ im Bericht vom 3. Juni 2015 ausgewiesene schwere depressive Episode lässt sich jedenfalls im Zeitpunkt des psychiatrischen Teilgutachtens vom 9. Februar 2016 nicht (mehr) nachvollziehen. In Bezug auf die ebenfalls von Dr. med. J. \_\_\_ diagnostizierte Verdachtsdiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) kann festgehalten werden, dass er auf diese Diagnosestellung nicht näher eingegangen und sich daher nicht in nachvollziehbarer Weise substantiiert mit dieser auseinandergesetzt hat. Diese lediglich als Verdachtsdiagnose festgestellte Diagnosestellung überzeugt daher nicht. Die ebenfalls durch Dr. med. J. \_\_\_ ausgewiesenen «Probleme in Verbindung mit belastenden Lebensumständen seit Operation im Rücken und folglich Körperbehinderung mit Rollstuhlabhängigkeit (ICD-10 Z63.7)» stellt als Z-Diagnose (ICD-10 Z63.7) keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden dar (Urteile des Bundesgericht 8C\_810/2013 vom 9. April 2014 E. 5.2.2 mit weiteren Hinweisen, 9C\_645/2015 vom 3. Februar 2016 E. 4.1). Auf diese ist daher nicht weiter einzugehen. Somit vermag der Bericht von Dr. med. J. \_\_\_ vom 3. Juni 2015 den Beweiswert des Teilgutachtens von Dr. med. G. \_\_\_ nicht zu verringern.

6.2.1.3 In Bezug auf den Arztbericht des die Beschwerdeführerin behandelnden Hausarztes Dr. med. I. \_\_\_ vom 5. Juli 2014 (vgl. E. II. 5.4 hiervor) führte Dr. med. G. \_\_\_ aus, dieser habe mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einzig eine inkomplette senso-motorische Paraplegie diagnostiziert. Erwähnenswert sei, dass er keine Depression diagnostiziert habe. Auch in seinem Verlaufsbericht vom 17. Mai 2015 (vgl. E. II. 5.9 hiervor) erwähne der Hausarzt keine Depression. Diese gutachterlichen Feststellungen sind korrekt. Daher ist auch die daraus gezogene Schlussfolgerung von Dr. med. G. \_\_\_ nachvollziehbar, dass bei Vorliegen einer schweren depressiven Episode – wie sie der behandelnde Psychiater diagnostiziert hat (vgl. E. II. 6.2.1.2 hiervor) – zumindest die Diagnose einer Depression in die Berichte Dr. med. I. \_\_\_ miteingeflossen wäre.

6.2.1.4 Damit wird der Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. G. \_\_\_ durch die medizinischen Vorakten nicht geschmälert.

6.2.2 In Bezug auf das neurologische Teilgutachten von Dr. med. H. \_\_\_ vom 19. Februar 2016 (IV-Nr. 86.1) ergibt sich Folgendes:

6.2.2.1 Der Feststellung von Dr. med. H. \_\_\_, es lägen aus neurologischer Sicht keine divergierenden Beurteilungen vor (IV-Nr. 86.1 S. 20 unten), kann unter Heranziehung der vorangehenden medizinischen Akten gefolgt werden: So wurde bereits im Austrittsbericht des Spitals N. \_\_\_, Neurologische Klinik, vom 22. Mai 2013 (vgl. IV-Nr. 53 S. 27 ff.) die Diagnose einer «inkompletten sensomotorischen Parasympptomatik der Beine seit 10. Mai 2013» ausgewiesen. Diese Diagnosestellung ist aufgrund der vorliegenden Akten unbestritten. So wurde diese Diagnose auch im Austrittsbericht des B. \_\_\_ in [...] vom 21. November 2013, im Bericht des Hausarztes der Beschwerdeführerin vom 5. Juli 2014 und im Bericht des Spitals X. \_\_\_ vom 29. April 2015 (vgl. E. II. 5.2, 5.4, 5.8 hiervor) bestätigt. Es wurde daher

am 15. Mai 2013 eine mikrotechnische Laminektomie BWK11 und BWK12 mit Tumorresektion durchgeführt (vgl. E. II. 5.1 hiervor), wobei der zuständige Neurochirurg Dr. med. M.\_\_\_\_ im Bericht vom 18. Dezember 2013 (vgl. E. II. 5.3 hiervor) von einer insgesamt erfreulichen Besserung der Paraplegie und bildgebenden Regredienz der Läsion thorakal ohne histologischen Tumornachweis berichtete. In den weiteren ärztlichen Berichten ist sodann von einer therapierefraktären Situation mit weiterhin brennenden Schmerzen bzw. einem Schmerzsyndrom die Rede (vgl. E. II. 5.7 ff. hiervor). So seien die Schmerzen medikamentös nicht beeinflussbar und auch die am 20. Januar 2016 durchgeführte Infiltration der Nervenwurzeln L4/L5 habe keine Veränderung der Neurologie gebracht (vgl. E. II. 5.11 hiervor). In diesem Sinne führte auch der neurologische Gutachter Dr. med. H.\_\_\_\_ aus, es könnten keine medizinischen Massnahmen genannt werden, die die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin wirklich zu verbessern vermöchten (IV-Nr. 86.1 S. 21 oben). Es leuchtet in diesem Zusammenhang sodann ein, wenn er weiter darlegte, dass betreffend die Paraplegie seit längerer Zeit der Endzustand eingetreten sei und diesbezüglich keine weitere Besserung und auch sonst kaum eine Veränderung zu erwarten seien. Folglich sind keine den Ausführungen und Einschätzungen des neurologischen Experten Dr. med. H.\_\_\_\_ entgegenstehende medizinische Darlegungen ersichtlich.

6.2.2.2 In Bezug auf die am 29. Oktober 2015 durchgeführte Operation der Beschwerdeführerin im Bereich der unteren HWS (vgl. E. II. 5.11 hiervor) ist festzuhalten, dass Assoc. Prof. Dr. med. Dr. phil. PD Y.\_\_\_\_ im Bericht vom 22. Januar 2016 einen Verdacht auf eine Nervenwurzelreiz- / Ausfallsymptomatik L4 und L5 festhielt. Diesbezüglich führte Dr. med. H.\_\_\_\_ aus, es fänden sich heute klinisch-neurologisch keine Anhaltspunkte für radikuläre Reiz- oder Ausfallerscheinungen von Seiten der HWS mehr (vgl. IV-Nr. 86.1 S. 19 Mitte). Demzufolge hat sich Dr. med. H.\_\_\_\_ mit dieser gesundheitlichen Problematik befasst und konnte diese aus nachvollziehbaren Gründen gestützt auf seine eigene Untersuchung nicht (mehr) bestätigen.

6.2.2.3 Auf das erstmals im Austrittsbericht des B.\_\_\_\_ vom 21. November 2013 (vgl. E. II. 5.2 hiervor) diagnostizierte Karpaltunnel-Syndrom rechts, das konservativ mit einer entsprechenden Schiene in der Nacht behandelt wurde, und im Verlaufsbericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 17. Mai 2015 (vgl. E. II. 5.9 hiervor) als «allmählich auftretendes Carpaltunnelsyndrom beider Hände» interpretiert wurde, ging Dr. med. H.\_\_\_\_ ebenfalls ein. Dabei hielt er fest, es könne heute kein sicheres Carpaltunnelsyndrom mehr diagnostiziert werden und stellte daher die Diagnose eines «Carpaltunnelsyndroms beidseits nicht sicher ausgeschlossen» fest (IV-Nr. 86.1 S. 19 Mitte), ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit.

6.2.2.4 Betreffend das im Bericht des Spitals X.\_\_\_\_ vom 29. April 2015 im Zusammenhang mit der inkompletten sensomotorischen Paraplegie sub LWK2 festgestellte «chronische Schmerzsyndrom» (vgl. E. II. 5.8 hiervor), auf welches die Ärzte indes nicht näher eingingen, hielt Dr. med. H.\_\_\_\_ in seinem neurologischen Teilgutachten fest (IV-Nr. 86.1 S. 17 unten), es habe klinisch-neurologisch eine Druck- und Klopfdolenz okzipital beidseits sowie ein leicht bis mässig ausgeprägtes, linksbetontes, unteres Zervikalsyndrom, verbunden mit leichter, etwas schmerzhafter Funktionseinschränkung im Bereich der unteren HWS bestanden. Zudem habe sich ein leichtes Lumbovertebralsyndrom ohne Funktionseinschränkung gefunden. Demnach sind Schmerzen der Beschwerdeführerin im Bereich der LWS und HWS auch im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung ausgewiesen. Folglich besteht auch hier keine Divergenz der gutachterlichen Einschätzungen zur ärztlichen Vorbeurteilung.

6.2.2.5 Der Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens von Dr. med. H.\_\_\_\_ wird durch die vorangehenden medizinischen Akten

nicht eingeschränkt. 6.3 Damit vermögen die vor dem interdisziplinären Gutachten vom 19. Februar 2016 verfassten ärztlichen Berichte dessen Beweiswert nicht in Frage zu stellen. 7. Es ist zu prüfen, ob die nach dem Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ und Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 19. Februar 2016 verfassten Arztberichte dessen Beweiswert allenfalls zu schmälern vermögen. 7.1 Eingehend auf den Bericht des Hausarztes Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 5. März 2016 (vgl. E. II. 5.13 hiervor) lässt sich keine vom Gutachten abweichende Beurteilung feststellen. So hielt Dr. med. I.\_\_\_\_ fest, das Gutachten widerspiegeln sehr gut die Beschwerden der Beschwerdeführerin und gehe vertieft auf die Diagnosen, den bisherigen Verlauf und die Therapiemöglichkeiten ein. Es ist daher davon auszugehen, dass er die gutachterlichen Beurteilungen und Einschätzungen grundsätzlich teilt bzw. diese anerkennt. Seine weitere Ausführung, wonach auch er der Meinung sei, die Beschwerdeführerin könne höchstens zu 30 % für eine ganztägige Tätigkeit eingesetzt werden, scheint allerdings auf einem Missverständnis zu beruhen, soweit Dr. med. I.\_\_\_\_ ausführt, diese Beurteilung stimme mit der Einschätzung des neurologischen Gutachters Dr. med. H.\_\_\_\_ überein. Wie dargelegt, geht Dr. med. H.\_\_\_\_ aus der Sicht seines Fachgebiets von einer Leistungsminderung um 30 % und einem verbleibenden Rendement von 70 % aus. Aus dieser Fehlinterpretation ergibt sich jedoch kein Anlass, die Ergebnisse des Gutachtens, dem Dr. med. I.\_\_\_\_ ansonsten zustimmt, in Frage zu stellen. 7.2 Betreffend die Stellungnahme des behandelnden Psychiaters Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 6. April 2016 (vgl. E. II.

#### **E. 5.14**

hiervor) zum Gutachten ist festzuhalten, dass sein in allgemeiner Weise vorgebrachtes Argument, wonach seine Beurteilung, die auf einer Erhebung des Längsverlaufs beruhe und Auskünfte von Familienmitgliedern (Ehemann, Tochter, Sohn) beinhalte, umfassender sei als die im Gutachten lediglich auf einem Querschnittsbefund beruhenden Einschätzungen, nicht zu überzeugen vermag. So ist zum einen festzuhalten, dass weitere fremdanamnestiche Angaben dort nicht unbedingt erforderlich sind, wo sich – wie vorliegend der Fall – bereits Berichte des behandelnden Psychiaters in den Akten befinden und sich auch weitere Ärzte über Jahre zum Psychostatus und zum Verlauf geäußert haben. Es steht dem Gutachter bei der Frage, ob er weitere fremdanamnestiche Auskünfte / Angaben benötigt, denn auch ein gewisser Ermessensspielraum zu (Urteil des Bundesgerichts 9C\_65/2012 vom 28. Februar 2012 E. 4.3 m.w.H.). Folglich kann aus dem Verzicht auf das Einholen einer Fremdanamnestiche von Dr. med. G.\_\_\_\_ nicht auf eine Minderung des Beweiswertes seines psychiatrischen Teilgutachtens geschlossen werden. Die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her denn auch nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte *lege artis* vorgegangen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_555/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.2.1). So ist ein Gutachter gerade zur Vermeidung von blossen «Momentaufnahmen» auf Aussagen in den Akten zum langjährigen Verlauf – wie vorliegend durch das Aufführen der vorangehenden Akten in chronologischer Reihenfolge der Fall – angewiesen. Folglich vermögen die Vorbringen von Dr. med. J.\_\_\_\_ – welche er auch in seinen beiden weiteren Berichten vom 3. Mai 2017 und 28. August 2017 (vgl. E. II.

#### **E. 5.15**

hiervor) gleich, indem sie ausführte, Dr. med. J.\_\_\_\_ bemängle das Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ nicht an sich und erwähne in seiner Stellungnahme vom 6. April 2016 denn auch

keine neuen Diagnosen. Der Beweiswert des Gutachtens wird durch die Stellungnahmen von Dr. med. J. \_\_\_ nicht geschmälert. 7.3 Folglich vermögen auch die nach dem bidisziplinären Gutachten vom 19. Februar 2016 verfassten ärztlichen Stellungnahmen dessen Beweiswert nicht in Frage zu stellen. 8. Nachfolgend ist auf die Vorbringen der Beschwerdeführerin einzugehen: 8.1 Die Beschwerdeführerin bringt vor (A.S. 15), die Aussage von Dr. med. G. \_\_\_, wonach ihm die Beschwerdeführerin betreffend ihre Familienanamnese nichts dazu gesagt habe, dass mehrere Verwandte wegen Hirnschlägen gelähmt oder verstorben seien, was ihr eine ständige Angst bereite, zeige sehr schön, dass es einem Gutachter gar nicht möglich sei, sich in derart kurzer Zeit ein umfassendes Bild einer Patientin zu machen. Dieser Argumentation kann nicht gefolgt werden. So hat der psychiatrische Gutachter die Beschwerdeführerin anlässlich seiner rund 1,5 Stunden dauernden Exploration (vgl. IV-Nr. 86.2 S. 2 unten) u.a. explizit zur Familienanamnese / Heredität befragt (IV-Nr. 86.2 S. 8). Diese gab diesbezüglich an, in der Heredität seien keine psychiatrischen Krankheiten bekannt. In diesem Sinne hielt der psychiatrische Gutachter in seiner Stellungnahme vom 6. September 2016 denn auch fest (vgl. E. II).

### **E. 5.16**

hiervor), die Beschwerdeführerin habe während der Anamnese keine Angaben zu Hirnschlägen von Verwandten gemacht. Da entsprechende Angaben auch nicht aus den dem Gutachter vorliegenden medizinischen Akten hervorgehen, hatte er sich mit entsprechenden Gesundheitsschädigungen in der Familie der Beschwerdeführerin nicht auseinanderzusetzen. Folglich lässt sich aus diesem Vorbringen keine Schmälerung des Beweiswertes des psychiatrischen Teilgutachtens formulieren. Damit wird auch das weitere Vorbringen der Beschwerdeführerin (A.S. 16) entkräftet, wonach sich Dr. med. G. \_\_\_ nicht mit den Ängsten auseinandergesetzt habe. Für eine entsprechende gutachterliche Auseinandersetzung bestand – wie zuvor dargelegt – kein Anlass. So erscheint die Exploration ordnungsgemäss und auch in allen weiteren Akten finden sich keine entsprechenden Hinweise diesbezüglich. 8.2 Die Beschwerdeführerin rügt zudem (A.S. 15 f.), die Einschätzung von Dr. med. G. \_\_\_, wonach die medikamentöse antidepressive Behandlung mit 25 mg Surmontil nicht mit einem schweren Grad einer Depression vereinbar sei, beruhe nicht auf den Angaben von Dr. med. J. \_\_\_. So habe dieser im Bericht vom 6. April 2016 festgehalten, die aktuelle Psychopharmakotherapie beinhalte neben 25 mg Surmontil abends auch 200 mg Pregabalin morgens und 200 mg abends, 10 mg Lioresal abends und 100 mg Aulin in Reserve. Aus diesen Ausführungen vermag die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Denn es handelt es sich bei den durch den behandelnden Psychiater zusätzlich aufgeführten Arzneimitteln Pregabalin, Lioresal und Aulin nicht um Antidepressiva. So ist Pregabalin ein Wirkstoff aus der Gruppe der Antiepileptika, der zur Behandlung von Nervenschmerzen, einer Epilepsie und generalisierten Angststörungen eingesetzt wird (vgl. <http://www.pharmawiki.ch/wiki/index.php?wiki=Pregabalin>, letztmals besucht am 16. Februar 2018). Lioresal wird bei schwerer, aber reversibler muskulärer Spastizität angewendet (vgl. <https://compendium.ch/mpro/mnr/1704/html/de>, zuletzt besucht am 16. Februar 2018, vgl. auch E. II. 5.2 hiervor) und Aulin ist ein entzündungshemmendes und schmerzstillendes Arzneimittel (<https://compendium.ch/mpub/pnr/31625/html/de>, zuletzt besucht am 16. Februar 2018). Entsprechende Ausführungen sind sodann auch der Stellungnahme von Dr. med. G. \_\_\_ vom 6. September 2016 (vgl. E. II. 5.16 hiervor) zu entnehmen, indem er darauf hinwies, dass die Beschwerdeführerin nur mit Surmontil 25 mg

medikamentös antidepressiv behandelt werde. Aufgrund dieser relativ geringen antidepressiven Medikation ist der vom psychiatrischen Gutachter beschriebene Widerspruch zum Vorliegen einer schweren Depression nachvollziehbar. Dies auch unter Einbezug der von der Beschwerdeführerin beschriebenen Therapiesitzungen bei Dr. med. J.\_\_\_\_ von einmal alle zwei bis drei Wochen (IV-Nr. 86.2 S. 10). Daran vermag das weitere Vorbringen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern, wonach auf der Basis der Gate-Control Theorie auch die analgetische Wirkung dual wirksamer Antidepressiva aufbaue. 9. Zusammenfassend ist das bidisziplinäre Gutachten von Dres. med. G.\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_ vom 19. Februar 2016 als voll beweiswertig zu qualifizieren. Die Beschwerdegegnerin hat somit zu Recht auf dieses abgestellt. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin ist in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von den Einschätzungen in diesem Gutachten auszugehen: Die psychischen als auch somatischen Probleme begründen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Fabrikarbeiterin, da – vorwiegend aus neurologischer Sicht begründet – Tätigkeiten im Stehen und Gehen sowie weiteren Anforderungen seit spätestens 10. Mai 2013 nicht mehr zumutbar sind. Betreffend eine leidensangepasste Verweistätigkeit (Tätigkeiten im Sitzen, ohne Gewichtsbelastungen über 5 kg mit deutlich vermehrtem Pausenbedarf und weiterer Einschränkung des Rendements im Rahmen der Blasenfunktionsstörung und neuropathischen Schmerzen) führen ebenfalls beide gesundheitlichen Problemkreise (somatisch und psychisch) zu einer Einschränkung, wobei hier von einer teiladditiven Wirkung ausgegangen werden muss. Vom 27. Mai 2013 bis zum 21. November 2013, während der stationären Behandlung im B.\_\_\_\_, ist keine Arbeitsfähigkeit vorgelegen. Dasselbe gilt für den Zeitraum ab Eintritt zur Operation vom 29. Oktober 2015, als die Explorandin erneut operiert wurde, bis spätestens Ende 2015. Zuvor ist die Arbeitsfähigkeit aus bidisziplinärer Sicht seit Austritt aus dem B.\_\_\_\_ am 21. November 2013 bis zum Spitaleintritt zur Operation am 29. Oktober 2015 zu 50 % eingeschränkt gewesen, seit Anfang des Jahres 2016 noch zu 40 %. Die Auffassung der Beschwerdegegnerin, wonach die Folgen der vorliegenden depressiven Problematik nur bei überwiegend wahrscheinlicher Therapieresistenz invalidenversicherungsrechtlich Berücksichtigung finden, entspricht der im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 24. Juli 2017 (A.S. 3) geltenden höchstrichterlichen Rechtsprechung. Danach fallen depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (BGE 140 V 193 E. 3.3 S. 197 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C\_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.1 m.w.H. [zur Publ. vorgesehen]). Diese höchstrichterliche Rechtsprechung hat sich indes zwischenzeitlich geändert. So hat das Bundesgericht mit Urteil 8C\_841/2016 vom 30. November 2017 entschieden, die Folgen von lege artis diagnostizierten leichten bis mittelschweren depressiven Störungen seien an den Grundsätzen von BGE 141 V 281 zu messen. Somit ist eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht bereits mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz bzw. dem Hinweis auf die frühere Rechtsprechung auszuschliessen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_841/2016 vom 30. November 2017 E. 5.1). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind daher systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_194/2017 vom 29. Januar 2018 E. 6.2.1). Da im bidisziplinären

Gutachten vom 19. Februar 2016 auf die Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 in rechtsgenügender Weise eingegangen worden ist (vgl. E. II. 6.1 hiervor), ist – entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (A.S. 3) – von einer wie im Gutachten im Konsens festgestellten teiladditiven Wirkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen (vgl. oben). 10. Auf diese Grundlage ist der Einkommensvergleich vorzunehmen: 10.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (vgl. BGE 129 V 222 mit Hinweis) – hier: ab 10. Mai 2014 – nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C\_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.1). 10.1.1 Fehlen aussagekräftige konkrete Anhaltspunkte im Hinblick auf den letzten vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielten Lohn, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte zurückzugreifen. In den Durchschnittswerten der LSE schlägt sich nieder, was eine Person mit gleichen beruflichen Voraussetzungen wie die Versicherte verdienen könnte. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (Urteile des Bundesgerichts 8C\_664/2007 vom 14. April 2008 E. 6.2, mit Hinweisen; 9C\_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.2.2; AHI 1999 S. 240 f. [I 377/98]). 10.1.2 Gemäss den vorliegenden Akten (IV-Nrn. 31, 86.1 S. 5) besuchte die Beschwerdeführerin von 1972 bis 1980 die Primar- und Grundschule in [...] und schloss 1982 ebenfalls in [...] die Anlehre als Schneiderin ab. 1988 kam sie in die Schweiz, wo sie bis 1990 als Produktionsmitarbeiterin bei der Z.\_\_\_\_, [...], arbeitete. Vom 1. September 1994 bis 31. März 2010 war sie sodann als Mitarbeiterin in der Löterei bei der AA.\_\_\_\_ in [...] beschäftigt (IV-Nr. 31 S. 7). Diese Arbeitsstelle verlor sie aus wirtschaftlichen Gründen, da der Produktionsstandort in [...] geschlossen wurde. Ab dem 1. Juli 2011 war die Beschwerdeführerin bei der AB.\_\_\_\_ in [...] tätig. Dieses Arbeitsverhältnis wurde per 31. März 2012 durch die Arbeitgeberin wegen nicht genügender Arbeitsleitung aufgelöst (IV-Nrn. 7 S. 11, 31 S. 4). Seither ist die Beschwerdeführerin arbeitslos. 10.1.3 Da der Beschwerdeführerin die letzte unbefristete Arbeitsstelle in der Firma AB.\_\_\_\_, [...], nicht aus gesundheitlichen Gründen per Ende März 2012 gekündigt wurde und sie seither nicht mehr gearbeitet hat, ist mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sie die Arbeit bei der AB.\_\_\_\_, in [...], auch im Gesundheitsfall nicht mehr länger ausgeübt hätte. Daher ist für die Bestimmung des Valideneinkommens auf Tabellenlöhne (Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level) abzustellen (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.8.1 S. 189 f.). Dabei ist auf das Total, Kompetenzniveau 2 (Praktische Tätigkeiten wie Verkauf / Pflege / Datenverarbeitung und Administration / Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten / Sicherheitsdienst / Fahrdienst) für Frauen von einem monatlichen Lohn von CHF 4'808.00 auszugehen. Damit beträgt das Valideneinkommen im Jahr 2014 CHF 60'148.10 (12 x CHF 4'808.00 : 40 x 41,7 [durchschnittliche betriebsübliche Arbeitszeit in diesem Wirtschaftszweig]) und das Valideneinkommen im Jahr 2016 CHF 60'799.50 (12 x CHF 4'808.00 : 40 x 41,7 [durchschnittliche betriebsübliche Arbeitszeit in diesem Wirtschaftszweig] : 103,3 [Index 2014] x 104,4 [Index 2016]). 10.2 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person aufgrund ihres konkreten Gesundheitsschadens

zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG). Da die Beschwerdeführerin nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, muss das Invalideneinkommen ebenfalls aufgrund der Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden.

10.2.1 Wie bereits oben ausgeführt (vgl. E. II. 9 hiervor), ist davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin ab dem 10. Mai 2014 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und ab dem 1. Januar 2016 eine Arbeitsfähigkeit von 60 % in angepassten Tätigkeiten besteht. In der bisher ausgeübten Tätigkeit als Fabrikarbeiterin ist hingegen eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % gegeben. Da es der Beschwerdeführerin möglich ist, eine leidensangepasste Verweistätigkeit (Tätigkeiten im Sitzen, ohne Gewichtsbelastungen über 5 kg mit deutlich vermehrtem Pausenbedarf und weiterer Einschränkung des Rendements im Rahmen der Blasenfunktionsstörung und neuropathischen Schmerzen) auszuüben, ist vorliegend für die Zeit ab 10. Mai 2014 aufgrund der LSE 2014, TA1\_tirage\_skill\_level ebenfalls von einem monatlichen Bruttolohn für Frauen von CHF 4'808.00 auszugehen (LSE 2014 TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Kompetenzniveau 2 «praktische Tätigkeiten wie Verkauf / Pflege / Datenverarbeitung und Administration / Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten / Sicherheit / Fahrdienst», Frauen). Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41,7 im Jahr hochzurechnen und an das zumutbare Arbeitspensum von 50 % anzupassen ( $\text{CHF } 4'808.00 \times 12 \text{ [: } 40 \times 41.4] = \text{CHF } 60'148.10 \text{ : } 2$ ). Damit ergibt sich ein Invalideneinkommen von CHF 30'074.50. Für die Zeit ab 1. Januar 2016 ist ebenfalls auf die LSE 2014, TA1\_tirage\_skill\_level von einem monatlichen Bruttolohn für Frauen von CHF 4'808.00 auszugehen (LSE 2014 TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Kompetenzniveau 2 «praktische Tätigkeiten wie Verkauf / Pflege / Datenverarbeitung und Administration / Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten / Sicherheit / Fahrdienst», Frauen). Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41,7 im Jahr hochzurechnen und an den Nominallohnindex sowie an das zumutbare Arbeitspensum von 60 % anzupassen ( $\text{CHF } 4'808.00 \times 12 \text{ [: } 40 \times 41.4] = \text{CHF } 60'148.10 \text{ : } [\text{Index } 2014, 103,3] \times [\text{Index } 2016, 104,4] = \text{CHF } 60'788.50$ , davon 60 %). Dies ergibt ein Invalideneinkommen von CHF 36'473.10.

10.3 Nach der Rechtsprechung ist beim Einkommensvergleich unter Verwendung statistischer Tabellenlöhne zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) ab. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481 f. mit Hinweisen). Während die Frage nach der Höhe eines von der IV-Stelle gewährten Abzugs die Angemessenheitskontrolle betrifft, bei der das Gericht einen gewissen Ermessensspielraum des Versicherungsträgers zu respektieren hat (BGE 137 V 71

E. 5.2 S. 73), beschlägt die grundsätzliche Entscheidung, ob überhaupt ein Abzug gerechtfertigt ist, eine Rechtsfrage, welche das Gericht im Beschwerdefall frei zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72 f.). Da die Beschwerdegegnerin keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen hat (vgl. den Einkommensvergleich im Vorbescheid vom 7. Juni 2016 [IV-Nr. 97], auf welchen in der angefochtenen Verfügung verwiesen wird), hat das Versicherungsgericht frei zu prüfen, ob ein Abzug angezeigt ist und wie hoch er bejahendenfalls anzusetzen ist. Die Beschwerdeführerin ist gemäss den Ergebnissen des neurologischen Teilgutachtens (IV-Nr. 86.1) in einer angepassten Verweistätigkeit (Arbeit im Sitzen, ohne Gewichtsbelastungen über 5 kg) zusätzlich beeinträchtigt, weil auch die Sitzdauer beschränkt ist, sich die neuropathischen Schmerzen und mögliche Nebenwirkungen entsprechender Medikamente auswirken und die leichte Blasenfunktionsstörung vermehrte Toilettengänge – bei eingeschränkter Gehfähigkeit – erfordert. Die Kombination dieser Erschwernisse ist geeignet, sich über die Reduktion der Arbeitsfähigkeit hinaus lohnmindernd auszuwirken. Weitere, invaliditätsfremde Abzugsgründe bestehen jedoch nicht. Damit rechtfertigt sich gesamthaft betrachtet ein Abzug in der Höhe von 10 %. 10.4 Mit dem Tabellenlohnabzug von 10 % reduziert sich das Invalideneinkommen für die erste Phase ab 10. Mai 2014 von CHF 30'074.50 auf CHF 27'067.05 und für die zweite Phase ab 1. Januar 2016 von CHF 36'473.10 auf CHF 32'825.80. Der Invaliditätsgrad beläuft sich auf 55 % ab 10. Mai 2014 und auf 46 % ab 1. Januar 2016. 10.5 Die Beschwerdeführerin ist in ihrer angestammten Tätigkeit seit dem 10. Mai 2013 zu 100 % arbeitsunfähig. Das für den Rentenanspruch geltende Wartejahr (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) lief somit im Mai 2014 ab. Der zu diesem Zeitpunkt bestehende Invaliditätsgrad von 55 % begründet einen Anspruch auf eine halbe Rente ab 1. Mai 2014 (Art. 28 Abs. 2 und Art. 29 Abs. 3 IVG; E. II. 3 hiavor). Der ab 1. Januar 2016 bestehende Invaliditätsgrad von 46 % führt noch zu einem Anspruch auf eine Viertelsrente (Art. 28 Abs. 2 IVG; E. II. 3 hiavor). Gemäss Art. 88a Abs. 1 Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) ist die ab 1. Mai 2014 laufende halbe Rente nach Ablauf von drei Monaten, also mit dem 1. April 2016, auf eine Viertelsrente zu reduzieren (vgl. BGE 109 V 125). An dieser Anspruchsberechtigung würde sich mit einem Abzug vom Tabellenlohn von 15 % nichts ändern. 11. Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 24. Juli 2017 zu Unrecht keine Invalidenrente zugesprochen hat. Da sich die Beschwerdeführerin im Rahmen des Gutachtens vom 19. Februar 2016 dahingehend äusserte, sie könne keine Arbeitstätigkeit mehr ausüben (vgl. IV-Nr. 86.2 S. 10 unten), fehlt es ihr an der subjektiven Eingliederungsfähigkeit. Es entfällt daher ein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen. Es bleibt der Beschwerdeführerin indes unbenommen, sich bei der Beschwerdegegnerin bei Vorliegen eines entsprechenden Willens erneut zum Leistungsbezug anzumelden. 12. Damit ist die angefochtene Verfügung vom 24. Juli 2017 aufzuheben und die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, als der Beschwerdeführerin ab 10. Mai 2014 eine halbe und ab 1. April 2016 eine Viertelsrente auszurichten sind.

### **E. 5.19**

f. hiavor) vorbringt – nicht zu überzeugen. Weiter führte Dr. med. J. \_\_\_ aus, die im Gutachten bei der Darstellung der Beschwerden durch die Beschwerdeführerin festgestellte «Überexpression» interpretiere er am ehesten als ein «Merkmal des individuellen Kommunikationsstils» und nicht im Sinne einer Aggravation oder gar Simulation wie das Gutachten. Auf diesen Standpunkt stellte er sich sodann auch in seinem Bericht vom 3. Mai

2017 (vgl. E. II. 5.19 hiervor). Dazu kann festgehalten werden, dass die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-) Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175) es nicht zulässt, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteile des Bundesgerichts 8C\_325/2015 vom 21. Juli 2015 E. 4.4, 8C\_362/2017 vom 30. Oktober 2017 E. 4).

Demnach vermag die Beschwerdeführerin aus diesem Vorbringen von Dr. med. J.\_\_\_\_ nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. So hielt auch der behandelnde Psychiater klar fest, dass es sich bei dieser Einschätzung um eine Frage der Interpretation handle. Ferner hielt Dr. med. J.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 3. Mai 2017 (vgl. E. II. 5.19 hiervor) dafür, er habe – wie schon im Bericht vom 6. April 2016 erwähnt – Testverfahren durchgeführt (MADRS, 37 Punkte und BDI, 42 Punkte), die den klinisch bestätigten Schweregrad der Depression mit den daraus resultierenden Funktionseinschränkungen widerspiegeln. Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass es im Ermessen des jeweiligen Gutachters liegt, ob und welche psychologischen Testverfahren er durchführen will, zumal deren Aussagekraft begrenzt ist. Ausserdem beruhen diese Testungen weitgehend auf den Angaben und Selbsteinschätzungen der zu untersuchenden Person und dienen einzig der Überprüfung des klinischen Befunds (Urteil des Bundesgerichts 8C\_486/2010 vom 2. Dezember 2010 E. 3.1.1). Es liegt somit im Ermessen des jeweiligen Facharztes, ob er entsprechende Tests durchführen will. Damit erweist sich das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ nicht als weniger beweiskräftig, weil er auf die Durchführung von psychologischen Testverfahren verzichtet hat. Die Einschätzungen von Dr. med. J.\_\_\_\_ bezüglich der wenigen persönlichen Ressourcen der Beschwerdeführerin lassen sich mit Blick auf die Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der gutachterlichen psychiatrischen Exploration bei Dr. med. G.\_\_\_\_ nicht nachvollziehen. So gab die Beschwerdeführerin an, mit der in Mazedonien lebenden Mutter eine gute und zu ihren Geschwistern sehr gute Beziehungen zu pflegen (IV-Nr. 86 S. 8 oben), zudem sei die Beziehung zu ihren Kindern und zum Ehemann, mit denen sie zusammenlebe, gut. Ausserdem habe sie etwa vier bis fünf gute Freundinnen, die zwar arbeiten würden, aber sie manchmal besuchen kämen. Zudem pflege sie gute Kontakte zu einer im Haus wohnenden Brasilianerin, die für sie wie eine Schwester sei (IV-Nr. 86.2 S. 9). Es kann daher nicht nachvollzogen werden, wie Dr. med. J.\_\_\_\_ zur Ansicht gelangt, die Beschwerdeführerin lebe mit Ausnahme zum Kontakt zu ihrer Primärfamilie weitestgehend isoliert. Auch die weiter aufgeführten Befunde wie Antriebsmangel, verminderte Stresstoleranz, Interesse- und Lustlosigkeit lassen sich angesichts der Ausführungen der Beschwerdeführerin im Rahmen des Gutachtens nicht nachvollziehen. So gab die Beschwerdeführerin betreffend den Tagesablauf u.a. an (IV-Nr. 86.2 S. 9), sie mache nach dem Aufstehen die Morgentoilette, nehme anschliessend einen Kaffee, könne sich selber anziehen und setze sich dann zu Hause auf den Hometrainer oder mache Übungen. Am Nachmittag trainiere sie wieder, erledige Hausarbeiten, esse um circa 14.00 Uhr und esse auch am Abend nur eine Kleinigkeit. Damit sind ein fehlender Antriebsmangel sowie eine Interesse- und Lustlosigkeit nicht erkennbar. Insgesamt vermögen folglich die Vorbringen von Dr. med. J.\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 6. April 2016 die beweismässigen gutachterlichen Einschätzungen nicht umzustossen. Dies gilt denn auch für die Ausführungen von Dr. med.

J. \_\_\_ in seinen Stellungnahmen vom 3. Mai 2017 und vom 28. August 2017 (vgl. E. II. 5.19 f. hiervor), in denen er keine neuen Erkenntnisse vorbringt, die seine Diagnosestellungen zu stützen vermögen. Er hält vielmehr weiterhin an seinen Einschätzungen und Argumentationen in seiner Stellungnahme vom 6. April 2016 fest. Dies beurteilte die RAD-Ärztin Dr. med. F. \_\_\_ auch in ihrer Stellungnahme vom 25. April 2016 (vgl. E. II.

## **E. 6**

Arthrose im Grundgelenk Dig. I rechts, Erstdiagnose September 2013

## **E. 7**

Karpaltunnel-Syndrom rechts Status bei Austritt: Cardiopulmonal stabil. Fussgängerin an UAG (Unterarm-Gehstock) bzw. mit Rollator und mit Fussheberorthesen für kurze Strecken. Beurteilung und Prozedere: Die Beschwerdeführerin sei am 27. Mai 2013 zur Erstrehabilitation mit inkompletter Paraplegie sub Th11 (AIS D) nach sekundär eingebluteter myelärer Raumforderung auf Höhe BWK11 ins B. \_\_\_ eingetreten. Beim Eintritt habe sich die Beschwerdeführerin kardiopulmonal stabil und afreibil gezeigt. Um ihre Autonomie hinsichtlich Mobilität zu erweitern, sei sie mit zwei manuellen Rollstühlen versorgt worden. Zudem sei ein Treppenlift installiert worden, um die obere Etage ihrer Wohnung zu erreichen. Eine Domizilabklärung sei im Juli 2013 erfolgt. Mit physiotherapeutischer Therapie habe erreicht werden können, dass die Beschwerdeführerin bis zum Austritt 20 Treppenstufen mit Handlauf und einem Unterarm-Gehstock meistern könne. Infolge der muskulären Schwäche der unteren Extremitäten sei ihr Gehen mit US-Orthesen und UA-Gehstöcken unsicher. Die Beschwerdeführerin sei weiterhin sturzgefährdet, weshalb eine erste Verordnung für ambulante Physiotherapie ausgestellt worden sei, zur Überprüfung der Stand- / Gangsicherheit und des Eigenprogramms. Die Beschwerdeführerin habe wiederholt die Furcht zu stürzen geäußert. Die überwiegend abends auftretenden Spasmen und zunehmende Spastik seien mit Lioresal und Mg<sup>2+</sup> behandelt worden. Zur Schmerzlinderung sei die Beschwerdeführerin medikamentös behandelt worden und sie besitze ein persönliches TENS-Gerät. Bezüglich der gelegentlichen Kreislaufbeschwerden habe die Beurteilung der Blutdruckregulation an passive Lageänderungen mittels Kipptischversuch keine pathologischen Befunde ergeben. Urologische Abklärungen hätten eine geringe Restharmenge bei erhaltener Spontanmiktation und Kontinenz ergeben. Hinsichtlich der Überwindung der einjährigen Erwerbslosigkeit hätten bei Entlassung lediglich Absichten formuliert werden können. Eingeschränkte Deutsch- und EDV-Kenntnisse erschwer(t)en die Berufsfindung. Angesichts ihrer gegenwärtigen Lebenssituation fühle sich die Beschwerdeführerin in gewisser Weise nutzlos. Sie verstehe aber die Notwendigkeit einer Tagesstrukturierung durch Ausüben einer zumindest Teilzeit-Tätigkeit in Ergänzung zur Haushaltstätigkeit. Die Kopfschmerzen seien mit Analgetika behandelt worden. Konsiliarisch sei geraten worden, bei mittelfristig > 3 Episoden / Monat eine prophylaktische Behandlung mit einem  $\beta$ -Blocker zu diskutieren. Während des stationären Aufenthaltes in [...] habe sich eine Grundphalanxfraktur der Grosszehe rechts ereignet, wie die radiologische Bildgebung vom 2. September 2013 bestätigt habe. In den Verlaufskontrollen nach 2 und 6 Wochen sei keine sekundäre Fragmentverschiebung und damit ein Erfolg der konservativen Behandlung dokumentiert worden. Das Carpal tunnel syndrome rechts sei konservativ mit einer entsprechenden Schiene behandelt worden, die nachts anzulegen sei. Zur Förderung ihres Selbstwerts und der Gesundheit habe die Beschwerdeführerin ihr Körpergewicht von 95 kg auf 88.3 kg gewollt reduzieren können. Damit sei das Zielgewicht von 87 kg beinahe

erreicht. Die Kompressionsbehandlung der Unterschenkel beidseits sei bei Austritt beendet worden. Die Beschwerdeführerin sei am 21. November 2013 in Begleitung ihrer Familie nach Hause entlassen worden. Sie sei vom 27. Mai bis 24. November 2013 100 % arbeitsunfähig. 5.3 PD Dr. med. M.\_\_\_\_, Spital N.\_\_\_\_, Neurochirurgische Klinik, hielt im Bericht vom 18. Dezember 2013 (IV-Nr. 53 S. 8 f.) folgende Diagnose fest: Status nach spontanem intramedullärem Hämatom auf Höhe BWK11/12, Laminektomie und Hämatomevakuierung am 15. Mai 2013 Im heutigen MRI der BWS zeige sich im Vergleich zur Voruntersuchung vom September eine deutliche Regredienz der T1-Signal-Hyperintensität ohne Hinweis auf pathologisches KM-Enhancement oder Myelopathie. Bei insgesamt erfreulicher Besserung der Paraplegie und ebenfalls bildgebender Regredienz der Läsion thorakal ohne histologischen Tumornachweis könne aus neurochirurgischer Sicht die nächste Kontrolle mit MRI und klinischer Verlaufskontrolle in einem Jahr erfolgen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage bis auf weiteres 100 %. Der Beschwerdeführerin sei zur Gangschule und zum Kraftaufbau Physiotherapie verordnet worden. 5.4 Dr. med. I.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, führte im Arztbericht vom 5. Juli 2014 (IV-Nr. 53 S. 1 ff.) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf: – Inkomplette, sensomotorische Paraplegie sub Th11 durch medulläre Spontanblutung am 10. Mai 2013. Mikrotechnische Laminektomie und Hämatomevakuierung Th11 und

## **E. 12**

am 15. Mai 2013 am Spital N.\_\_\_\_ Folgende Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: – Beginnende Gonarthrose rechts – Chorioretinitis, Uveitis des rechten Auges Die Beschwerdeführerin sei in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Betriebsangestellte ab 10. Mai 2013 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Es seien berufliche Massnahmen angezeigt. Die Beschwerdeführerin sei auf Hilfsmittel (Rollstuhl, Stöcke) angewiesen. Seit dem 10. Mai 2013 sei sie bei alltäglichen Lebensverrichtungen auch auf Hilfe von Drittpersonen angewiesen. Durch die Lähmung der Beine könne die Beschwerdeführerin die stehende Tätigkeit, die sie früher ausgeübt habe (Familie Q.\_\_\_\_, Familie R.\_\_\_\_) nicht mehr absolvieren. Eine sitzende Tätigkeit käme allenfalls noch in Frage. Ihr sei die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Der Beschwerdeführerin seien indes andere Tätigkeiten zumutbar. Dabei müssten am Tag mehrere Pausen eingebaut werden. Es sei auf das Heben und Tragen von Lasten über 5 kg zu verzichten. Zudem müsse die Arbeitsstelle mit dem Rollstuhl gut erreichbar sein. Eine solche Tätigkeit wäre der Beschwerdeführerin zu 8.5 Stunden pro Tag zumutbar. Dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit. 5.5 Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin Neurologie FMH, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 29. August 2014 (IV-Nr. 61 S. 2 ff.) fest, die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit könne aufgrund der Akten nicht abschliessend beurteilt werden. Neben der inkompletten Paraplegie mit neuropathischen Schmerzen in den Beinen würden sich gemäss den behandelnden Ärzten auch ein symptomatisches Karpaltunnelsyndrom und möglicherweise eine depressive Anpassungsstörung auf die Arbeitsfähigkeit bzw. Zumutbarkeit auswirken. Die Beschwerdeführerin selbst erachte sich als vollständig arbeitsunfähig. Wie sich die Paraplegie auf die Zumutbarkeit auswirke, wie stark die Handfunktion gestört sei und ob eine krankheitswertige psychiatrische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege, bleibe abzuklären. Es werde ein bidisziplinäres Gutachten (Neurologie / Psychiatrie) empfohlen. Vorgängig solle ein Arztbericht des die Beschwerdeführerin behandelnden Psychiaters angefordert werden. 5.6 Dr. med. S.\_\_\_\_,

Assistenzärztin Psychiatrie, und Dr. med. T.\_\_\_\_ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, [...], nennen im Arztbericht vom 16. März 2015 (IV-Nr. 73) keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Weitere somatische Diagnosen mit und ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit könnten dem zuweisenden Hausarzt entnommen werden. Die Beschwerdeführerin habe sich letztmals am 20. März 2014 in der fachärztlichen Behandlung befunden. Sie habe weiterhin Schwierigkeiten damit, sich mit der aktuellen Situation abzufinden. Sie könne keine Hausarbeiten mehr verrichten und sei auf die Hilfe von anderen angewiesen. Des Weiteren leide sie unter Einschlafstörungen. Die Therapie sei bereits nach vier Sitzungen abgebrochen worden. Aufgrund der sehr kurzen Therapiedauer, wobei die ersten Sitzungen vor allem zum Beziehungsaufbau und gegenseitigen Kennenlernen dienten, habe die Diagnostik nicht definitiv und ausreichend abgeklärt werden können. Es bestehe jedoch ein Verdacht auf eine mittelgradige depressive Episode. 5.7 Dr. med. U.\_\_\_\_, Assistenzarzt, und PD Dr. med. M.\_\_\_\_, Spital N.\_\_\_\_, Neurochirurgische Klinik, wiesen im Bericht vom 23. März 2015 (IV-Nr. 78 S. 12 f.) betreffend die ambulante Sprechstunde vom 20. März 2015 folgende Diagnosen aus: – Status nach spontaner intramedullärer Blutung am 14. [recte: 10.] Mai 2013 – Status nach Laminektomie BWK11 und BWK12; mikrotechnischer Hämatom-Evakuierung sowie Biopsie am 15. Mai 2013 – Start mit Neurontin am 5. Dezember 2014 (ohne Erfolg) Aufgrund der therapierefraktären Situation mit weiterhin brennenden Schmerzen sei zunächst eine neurologische Beurteilung durchzuführen, mittels elektrophysiologischer Untersuchung und Adaption der Schmerztherapie mit Fokus auf die neuropathischen Schmerzen. Aus neurochirurgischer Sicht werde die Beschwerdeführerin erneut in einem Jahr mittels MRI der BWS nachkontrolliert. Zum jetzigen Zeitpunkt bestehe keine Indikation für einen Neurostimulator. 5.8 Im Bericht vom 29. April 2015 (IV-Nr. 78 S. 3 f.) hielten Prof. Dr. med. V.\_\_\_\_, Klinikdirektor und Chefarzt, und Dr. med. W.\_\_\_\_, Oberarzt, Spital X.\_\_\_\_, Neurozentrum, aufgrund der am 27. April 2015 stattgefundenen ambulanten neurochirurgischen Poliklinik-Sprechstunde folgende Diagnosen fest: – Chronisches Schmerzsyndrom und sensomotorisch inkomplette Paraplegie sub LWK2 bei sekundär eingebluteter myelärer Raumforderung auf Höhe BWK11 am 10. Mai 2013 – Status nach Laminektomie BWK11 mit Hämatomevakuierung am 15. Mai 2013 (PD Dr. med. M.\_\_\_\_, Neurochirurgische Klinik, Spital N.\_\_\_\_) Es seien die aktuellen kernspintomographischen Befunde mit der Beschwerdeführerin und ihrem Ehemann besprochen worden. Grundsätzlich werde eine Testimplantation mit einer epiduralen Elektrode zur spinalen Neurostimulation als technisch möglich und sinnvoll angesehen. Die Läsion in Höhe BWK11 solle nicht erneut operativ angegangen werden. Die Beschwerdeführerin sei über die realistischen Erfolgsaussichten des Eingriffs informiert worden. Ziel sei primär eine Besserung der Schmerzsymptomatik um mindestens 50 %. Im Verlauf könne in Abhängigkeit des implantierten Systems die Durchführung einer erneuten kernspintomographischen Bildgebung, insbesondere spinal, erschwert oder unmöglich sein. Die Beschwerdeführerin werde überdenken, inwieweit sie den Eingriff durchführen lassen möchte und sie, falls der operative Eingriff von ihr gewünscht werde und geplant werden sollte, erneut kontaktieren. 5.9 Im Verlaufsbericht vom 17. Mai 2015 (IV-Nr. 78 S. 1 f.) hielt Dr. med. I.\_\_\_\_ in Bezug auf die letzte ärztliche Kontrolle vom 9. Mai 2015 fest, der Gesundheitszustand sei stationär. Die Diagnosen hätten sich nicht geändert. Es komme allmählich ein Carpaltunnelsyndrom beider Hände hinzu. Die z.T. intensiven Schmerzen in den Beinen seien medikamentös nicht beeinflussbar. Eine Operation an der Wirbelsäule auf Höhe Th11 werde von diversen Wirbelsäulen-Chirurgen abgelehnt. Eventuell werde ein

Rückenmarkstimulator eingesetzt. Die Beschwerdeführerin stehe dem eher ablehnend demgegenüber, da im besten Fall nur eine Teilweise-Linderung erwartet werde. Es sollten weiter Physiotherapie durchgeführt, Lyrica oder evtl. Neurotonin gegen die neuropathischen Schmerzen und NSAR nur wenn notwendig eingesetzt werden. 5.10 Im Arztbericht vom 3. Juni 2015 hielt der die Beschwerdeführerin seit 30. Juni 2014 behandelnde Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (IV-Nr. 79): – Schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2), seit 2013 – Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) – Probleme in Verbindung mit belastenden Lebensumständen seit Operation im Rücken und folglich Körperbehinderung mit Rollstuhlabhängigkeit (ICD-10 Z63.7) – Starke Spannungskopfschmerzen – Chronische Schmerzsymptomatik und inkomplette sensomotorische Paraplegie LWK2 bei: – sekundär eingeblutete myeläre Raumforderung auf Höhe BWK11 am 10. Mai 2015 [recte: 2013], DD: Ependyom – Status nach Laminektomie BWK11 mit Hämatom-Evakuierung am 15. Mai 2013 Folgende Diagnosen hätten keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: – Karpaltunnel-Syndrom rechts – Adipositas Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiterin in der Montage sei die Beschwerdeführerin vom 30. Mai 2014 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Ihr Gesundheitszustand sei «sich verschlechternd». Die Beschwerdeführerin sei seit der Operation im Spital N.\_\_\_\_ vom 10. Mai 2015 [recte: 15. Mai 2013] bei alltäglichen Lebensverrichtungen auf die Hilfe von Drittpersonen angewiesen. Es seien ergänzende medizinische Abklärungen angezeigt. Bei der bisherigen Tätigkeit wirke sich die gesundheitliche Störung wie folgt aus: Die bestehende depressive Symptomatik schweren Ausmasses sei vom Antriebsverlust mit schwerer Beeinträchtigung des Durchhaltevermögens, der beschriebenen Konzentrationsdefizite sowie der bestehenden Schmerzsymptomatik mit Immobilität geprägt und führten bei der Beschwerdeführerin zu schweren Beeinträchtigungen der Alltagsperformance, so dass sämtliche Bereiche der Alltagsverrichtungen wie Haushaltsbewältigung, Arbeitstätigkeit und soziale Kontakte schwer defizitär seien. Ihr sei die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Auch andere Tätigkeiten seien ihr nicht zumutbar. Aufgrund der schweren depressiven Störung mit im Vordergrund stehenden Konzentrationsdefiziten und Antriebsstörung in Kombination mit den Schmerzen und der fehlenden Mobilität sei die Beschwerdeführerin bei den einfachsten Anforderungen des Alltags und des Erwerbslebens eingeschränkt. Es sei daher keine Tätigkeit zumutbar. Eine ambulante Behandlung sei weiterhin dringend indiziert. 5.11 Im Bericht vom 22. Januar 2016 (IV-Nr. 86.3) hielt Assoc. Prof. Dr. med. Dr. phil. PD Y.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, spez. Spinal Chirurgie, aufgrund der Infiltration der Beschwerdeführerin vom 20. Januar 2016 folgende Diagnosen fest: – Status nach schweren Nacken- und Armschmerzen beidseits mit / bei – 29. Oktober 2015 Operation: C5 Nervenwurzeldekompression beidseits, C6 Nervenwurzeldekompression beidseits, C7 Nervenwurzeldekompression beidseits, C4/C5, Anlegen einer Spondylodese mittels Stand alone Cage, C5/C6, Anlegen einer Spondylodese mittels Stand alone Cage, Zero-P, 7 mm Höhe, Standard, konvex, DePuy Synthes, C6/C7, Anlage einer Spondylodese mittels Stand alone Cage – Status nach mikrotechnischer Laminektomie BWK11 und BWK12 mit Resektion einer myelär eingebluteten Raumforderung auf Höhe BWK11 ohne Hinweise auf Neoplasie, DD Kavernom, mit Status nach sensomotorischer inkompletter Paraplegie Sub-Th11 AIS D und Sub-L2 AIS D – Aktuell: Verdacht auf Nervenwurzelreiz- / Ausfallsymptomatik L4 und L5, DD auch L3 mit entsprechenden Beschwerden in den Beinen – 19. Januar 2016: Nervenwurzelinfiltration L4/L5 rechts –

20. Januar 2016: Nervenwurzelinfiltration L4/L5 links Nebendiagnose – Zervikoradikuläres Reizsyndrom, den Dermatomen C6 und C7 entsprechend mit / bei – diskogen bedingten Stenosen auf Höhe HWK5/6 und HWK6/7 sowie weniger ausgeprägt HWK4/5 Unter sterilen Kautelen und unter BV-Kontrolle seien heute die Nervenwurzeln L4/L5 links mit je 2 ml eines Gemischs aus Fortecortin und Naropin im Verhältnis 1 : 4 infiltriert worden. Das Kontrastmittel habe sich gut entlang der Pedikel L4/L5 links ausgebreitet. Bei der Infiltration sei es zu ziehenden Schmerzen im Distributionsgebiet L4/L5 links gekommen. Sie hätten die Beschwerdeführerin darauf hingewiesen, dass sie nach der Infiltration wegen Sturzgefahr vorsichtig sein solle. Die Neurologie habe sich im Vergleich zu vor der Infiltration nicht verändert. Die Beschwerdeführerin werde über den Verlauf nach dieser Infiltration Bescheid geben. Anschliessend werde, je nach Outcome, das weitere Prozedere festgelegt.

### **E. 13**

Die obsiegende beschwerdeführende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g Satz 1 ATSG). Bei teilweisem Obsiegen rechtfertigt sich nur dann eine Reduktion der Parteientschädigung, wenn das Rechtsbegehren den Prozessaufwand erheblich beeinflusst hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_288/2015 vom 7. Januar 2016 E. 4.2 mit Hinweisen). Dies trifft hier nicht zu, denn der Beweiswert des bidisziplinären Gutachtens war unabhängig vom gestellten Antrag zu prüfen. Die Beschwerdeführerin hat daher Anspruch auf eine volle Parteientschädigung. 13.1 Rechtsanwältin Wehrli Roth macht in ihrer Kostennote vom 27. November 2017 einen Aufwand von 9 Stunden geltend (A.S. 42 ff.). Dieser enthält vier Kurzschreiben sowohl an die Klientschaft vom 26. September 2017 (inkl. Studium Posteingang), vom 27. Oktober 2017 (inkl. Aktenstudium), vom 20. November 2017 (inkl. Studium Posteingang) als auch das Schreiben an die [...] vom 15. November 2017 (inkl. Aktenstudium) à je 0,17 Std. – total 0,68 Stunden –, die nicht zu berücksichtigen sind. Denn es ist davon auszugehen, dass es sich dabei um Kanzleiaufwand handelt, der im Stundenansatz des Anwalts inbegriffen ist. Gesamthaft beläuft sich der zu berücksichtigende Aufwand auf 8,32 Stunden. Bei einem Stundenansatz von CHF 250.00 sowie Auslagen von CHF 162.30 ergibt sich eine Parteientschädigung von CHF 2'421.70 ( $8,32 \text{ Std.} \times \text{CHF } 250,00 = \text{CHF } 2'080,00 + \text{CHF } 162,30 + 8 \% \text{ MwSt}$ ). 13.2 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. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens mit teilweisem Obsiegen der Beschwerdeführerin hat die Beschwerdegegnerin von den gesamten Verfahrenskosten von CHF 600.00 die Hälfte von CHF 300.00 zu bezahlen, die andere Hälfte von CHF 300.00 hat die Beschwerdeführerin zu tragen. Diese sind mit dem bereits bezahlten Kostenvorschuss von CHF 600.00 zu verrechnen. Die Differenz von CHF 300.00 ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

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