

SO_GERICHTE VSBES.2022.178 vom 1. September 2023

SO Obergericht, 2023-09-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.178_d20230901

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.178 du 1 septembre 2023

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.178 del 1 settembre 2023

Regeste

berufliche Massnahmen und Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

Es sei die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 7. Juli 2022 aufzuheben und es sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zur neuen Abklärung des Anspruchs auf Eingliederungsmassnahmen, eventualiter zur Abklärung des Rentenanspruchs zurück zu weisen.

E. 2

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge. 3. Mit Beschwerdeantwort vom 10. Oktober 2022 (A.S. 14 f.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. 4. Mit Replik vom 2. Dezember 2022 (A.S. 20 ff.) reicht die Beschwerdeführerin weitere Unterlagen ein und verweist im Wesentlichen auf ihre bisherigen Ausführungen. 5. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechts-sätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, welche damals in Kraft standen.

E. 3

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, 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 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

3.3 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind.

Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte oder ständiger Vertrauensärzte eines Versicherungsträgers kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

4. Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente zu Recht verneint hat. Da sich die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der B.____ vom 21. Dezember 2021 (IV-Nr. 32.1; Fachrichtungen: Innere Medizin, Neurologie, Rheumatologie und Psychiatrie) stützt, ist dessen Beweiswert zu prüfen.

4.1 Vorweg ist auf die Rüge des Beschwerdeführers einzugehen, wonach die im Gutachten auf Seite 16 (Ziffer 1.2) erwähnten Berichte – Bericht Dr. med. C.____ vom 2. Dezember 2015, Notfallbericht D.____ vom 29. April 2017, Bericht Dr. med. E.____ vom 18. Dezember 2017, Bericht D.____ vom 8. Januar 2018, Elektromyogramm vom 20. August 2021, Bericht Röntgenuntersuchung vom 31. August 2021 – dem Gutachten nicht beigelegt worden seien. Es handle sich dabei um wesentliche Berichte der behandelnden Ärzte. Mangels vollständiger Aktenlage sei das Gutachten daher nicht verwertbar. Die Beschwerdegegnerin verweist diesbezüglich auf eine E-Mail der B.____ vom 20. September 2022 (A.S. 16) worin die Gutachterstelle ausgeführt hat, diese medizinischen Akten seien wohl von der Versicherten zur Untersuchung mitgebracht und auch wieder mitgenommen worden. Es sei anzunehmen, dass das Kopieren dieser von den Gutachtern eingesehenen Akten nicht veranlasst worden sei. Die Akten könnten bei Bedarf sicher bei der Versicherten angefragt werden. Wie die Beschwerdegegnerin bezüglich dieser Rüge sodann zu Recht festgehalten hat, sind verfahrensrechtliche Einwendungen rechtsprechungsgemäss so früh wie möglich, das heisst nach Kenntnisnahme eines Mangels bei erster Gelegenheit, vorzubringen (Urteil des Bundesgerichts 9C_344/2020 vom 22. Februar 2021, E. 5.1). Die Beschwerdeführerin war im Zeitpunkt des Vorbescheides bereits rechtskundig vertreten. Der Vertretung, F.____ AG,

sind am 4. März 2022 sämtliche Akten, darunter auch das strittige Gutachten, zugestellt worden. Trotzdem hat die Beschwerdeführerin, bzw. deren Rechtsvertreterin, den Vorwurf der fehlenden Beilagen nicht geltend gemacht, sondern erstmals in der Beschwerde an das Versicherungsgericht vorgebracht. Damit ist diese Rüge verspätet erhoben worden, weshalb darauf vorliegend nicht einzugehen ist. Selbst wenn diese Rüge vorliegend zu behandeln wäre, wäre diese abzuweisen. So wurden die betreffenden Berichte inhaltlich im Gutachten aufgeführt, womit davon auszugehen ist, dass sich die Gutachter mit diesen auseinandergesetzt haben. Zudem reichte die Beschwerdeführerin diese Berichte im vorliegenden Verfahren ein (B [Beschwerdebeilage] 4 – 9), womit diese nun auch in den IV-Akten enthalten sind.

4.2 Sodann ist nachfolgend der Beweiswert des Gutachtens der B.____ vom 21. Dezember 2021 zu prüfen.

4.2.1 Im Gutachten wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Einfluss auf Arbeitsfähigkeit 1. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.00) 2. Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) Diagnosen ohne Einfluss auf Arbeitsfähigkeit • Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - chronisches Fibromyalgiesyndrom (ICD-10 M79.0) - generalisiertes Schmerzsyndrom (ICD-10 R52) - unspezifische Sensibilitätsstörungen über der linken Körperseite

4.2.1.1 Im internistischen Teilgutachten (IV-Nr. 32.1, S. 19 ff.) wurde ausgeführt, die Explorandin berichte über langjährige Schmerzen am ganzen Körper, welche bis jetzt auf verschiedenste Therapien nicht angesprochen hätten. Aus allgemeininternistischer Sicht berichte sie über Magenbeschwerden, welche durch Medikamente ausgelöst würden. Im Übrigen sei die Systemanamnese unauffällig. Die klinische allgemeininternistische Untersuchung habe ein Übergewicht mit einem BMI von 28.6 kg/m² gezeigt. Die Schilddrüse habe sich leicht vergrößert gezeigt. Bei den Laboruntersuchungen sei ein Schilddrüsenwert erhöht gewesen, was auf eine leichte Hypothyreose hinweisen könnte. Die anderen Werte seien aber normal. Ein Krankheitswert ergebe sich daraus nicht. Die von der Explorandin beschriebenen Beschwerden könnten aus allgemeininternistischer Sicht nicht erklärt werden. Gestützt auf diese nachvollziehbaren Ausführungen kann somit auch auf die gutachterliche Schlussfolgerung abgestellt werden, wonach die Arbeitsfähigkeit der Explorandin nicht durch ein allgemeininternistisches Leiden eingeschränkt sei. Auf das beweismässige internistische Teilgutachten ist demnach abzustellen.

4.2.1.2 Im neurologischen Teilgutachten (IV-Nr. 32.1, S 43 ff.) wurde festgehalten, bei der klinischen Untersuchung habe die Versicherte eine stark ausgeprägte Drucküberempfindlichkeit der Nackenmuskulatur gezeigt. Die HWS-Beweglichkeit werde in verschiedenen Untersuchungssituationen unterschiedlich eingeschränkt präsentiert. Aktuell fänden sich keine Hinweise auf eine radikuläre Reiz- bzw. sensomotorische Ausfallsymptomatik, sodass sich zurzeit eine erneute MRI-Bildgebung der Wirbelsäule nicht aufdränge. Die Versicherte beschreibe ein sensibles Defizit nicht dermatombezogen an der linken Hand. Nachdem im Bericht zu einer neurophysiologischen Untersuchung, welche in der Heimat der Versicherten durchgeführt worden sei (Dr. med. G.____, 20. August 2021, B 8), ein Karpaltunnelsyndrom beschrieben worden sei, sei ergänzend eine neurographische Untersuchung erfolgt, wobei sich nun völlig normale Werte zeigten. Ein Karpaltunnelsyndrom könne beidseits nicht bestätigt werden, ebenfalls fehlten Hinweise für eine relevante Schädigung sensibler Nervenfasern im Verlauf des Nervus ulnaris. Des Weiteren führte der neurologische Gutachter hinsichtlich der Konsistenz der von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden aus, während der fokussierten Untersuchung werde eine hochgradige Einschränkung der HWS-Beweglichkeit präsentiert. In unauffälligen Situationen sei jedoch ein normaler Bewegungsumfang des Kopfes zu

beobachten. Im Weiteren beschreibe die Versicherte eine leichte Sensibilitätsverminderung über der gesamten linken Körperseite. Es handle sich dabei bei fehlenden anderweitigen Lateralisationszeichen um eine unspezifische Begleitsymptomatik, welche bei Personen mit chronischen Schmerzen oft beobachtet werden könne. Zudem werde ein stärker ausgeprägtes Defizit im Bereich der linken Hand (dritter bis fünfter Strahl) beschrieben. Neurographisch sei der Befund normal. Das Verteilungsmuster des sensiblen Defizites gehe über die Dermatogrenzen und es fänden sich keine anderweitigen Befunde, welche für das Vorliegen einer radikulären Läsion sprächen. Bei der klinischen Untersuchung zeige die Versicherte diverse Verhaltensauffälligkeiten, so sei z. B. die Kraftprüfung praktisch nicht durchführbar gewesen, da es bei leichtestem Widerstand bereits zu einem Nachgeben gekommen sei, obwohl die Versicherte (ausgenommen Kniegelenk) dabei keine Schmerzen verspürt habe. Im Weiteren sei es inadäquat, dass das Lasègue-Manöver laut Angaben der Versicherten aufgrund von Knieschmerzen nicht durchgeführt werden können. Somit entstehe insgesamt der Eindruck eines demonstrativen Verhaltens. Gestützt auf diese nachvollziehbaren Ausführungen vermag sodann auch die gutachterliche Schlussfolgerung zu überzeugen, wonach bei der Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. Demnach kann auf das beweismäßige neurologische Teilgutachten abgestellt werden. Den Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens vermögen auch die von der Beschwerdeführerin erhobenen Rügen nicht zu entkräften. Die Beschwerdeführerin macht unter anderem geltend, im Elektromyogramm vom 20. August 2021 sei ein radikuläres Syndrom C5/C6/C7/C8 diagnostiziert worden. Von den Gutachtern werde demgegenüber ein solches radikuläres Syndrom verneint. Dies allerdings lediglich mit der Begründung, dass sich klinisch keine Hinweise für eine radikuläre Symptomatik ergeben hätten. Die neurologische Untersuchung erweise sich jedoch als unvollständig. Auf Seite 45 des Gutachtens werde unter der Überschrift «Extremitäten und Motorik» die vorgenommene Untersuchung wiedergegeben. Dabei sei festzustellen, dass z.B. keine Untersuchungen der Rückenmuskeln erfolgt seien. Die radikulären Syndrome im Bereich der Halswirbelsäule zeichneten sich aber auch dadurch aus, dass im Bereich des Nackens und der Schulterblätter Schmerzen auftreten könnten (vgl. beiliegender Auszug «zervikale radikuläre Syndrome»). Es seien dies also just jene Symptome, unter denen die Beschwerdeführerin leide. Aufgrund dessen sowie der Tatsache, dass das erwähnte Elektromyogramm ein radikuläres Syndrom bestätigt habe, hätten zwingend weitere neurologische Abklärungen erfolgen müssen. Dem ist entgegenzuhalten, dass der neurologische Gutachter sowohl die HWS als auch die Nackenmuskulatur klinisch untersucht und diesbezüglich Inkonsistenzen im Verhalten der Beschwerdeführerin festgestellt hat. So sei die HWS-Beweglichkeit zwar allseits stark eingeschränkt, bei unauffälliger Beobachtung bestehe jedoch eine freie Beweglichkeit des Kopfes. Palpatorisch bestehe zudem eine stark ausgeprägte Drucküberempfindlichkeit im gesamten Bereich der Nackenmuskulatur. Gestützt auf diese Ausführungen kann somit entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nicht gesagt werden, der neurologische Gutachter habe die relevanten Bereiche nicht untersucht. Auf die gutachterliche Schlussfolgerung, wonach klinisch kein radikuläres Syndrom festgestellt werden können, kann somit abgestellt werden, zumal das im Elektromyographie-Bericht vom 20. August 2021 ebenfalls diagnostizierte Karpaltunnelsyndrom mittels der anlässlich der Begutachtung durchgeführten neurographischen Untersuchung vom 16. November 2021 ausgeschlossen werden konnte, was die Aussagekraft des betreffenden Berichts entsprechend schmälert. Im Übrigen kann ergänzend auf den im rheumatologischen

Teilgutachten ausführlich erhobenen Wirbelstatus verwiesen werden (s. S. 37 des Gutachtens, IV-Nr. 32.1, sowie E. II. 4.1.3 hiernach), welcher eine «völlig altersentsprechende normale Bewegungsfähigkeit der gesamten Wirbelsäule» ergab. 4.2.1.3 Im rheumatologischen Teilgutachten (IV-Nr. 32.1, S. 35 ff.) wurde ausgeführt, die bildgebenden Abklärungen vom Februar 2020 hätten keinerlei relevante degenerative oder gar entzündliche rheumatische Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule ergeben, dementsprechend habe es zu keinem Zeitpunkt eine Indikation für schmerzinterventionelle oder gar operative Massnahmen im Bereich der Halswirbelsäule gegeben. Es habe sich eine 37-jährige Explorandin mit einer leichten Haltungsinsuffizienz auf dem Boden einer allgemeinen muskulären Dekonditionierung mit reaktiven, aber palpatorisch kaum schmerzhaften Myogelosen präsentiert, sei es im Nacken-/Schultergürtel, paravertebral oder im Beckengürtel. Eindrücklich habe eine ausgeprägte Weichteildruckempfindlichkeit bei diskretem Palpationsdruck des Referenten im Bereich der Ober- und Unterarme bestanden, ebenso der Ober- und Unterschenkel, was anatomischsomatisch orientiert nicht erklärt werden könne. Der detaillierte segmentale Status der Wirbelsäule sei völlig regelrecht gewesen, insbesondere habe eine absolut normale HWS-Bewegungsfähigkeit bestanden, es hätten endphasig keinerlei spezifische zervikale oder gar zervikobrachiale Schmerzen ausgelöst werden können. Der gesamte weitere periphere Gelenkstatus an den oberen sowie unteren Extremitäten sei unauffällig gewesen. Im cursorisch neurologischen Status hätten keinerlei motorische Defizite objektiviert werden können, hingegen habe eine eindruckliche Halbseitenhypästhesie der gesamten linken Körperhälfte ventral, lateral und dorsal bestanden, was ebenfalls somatisch orientiert nicht erklärt werden könne. Gesamthaft gesehen erfülle die Explorandin eindeutig die international festgelegten Kriterien für eine Fibromyalgie gemäss ACR 2010 im Sinne eines «Chronic Widespread Pain Syndrome» mit zusätzlich vegetativen Begleitsymptomen. Es bestünden unter Berücksichtigung der Aktenlage keinerlei objektivierbare pathoanatomische Befunde am Bewegungsapparat, welche auch nur ansatzweise geeignet wären, das chronifizierte Ganzkörperschmerzsyndrom zu erklären. Die Beobachtung, dass ein üblicher rheumatologischer Status, wobei viele Bewegungen aktiv durch die Explorandin selbst durchgeführt worden seien, zu einer ganz erheblichen subjektiven Ermüdung geführt habe und die Explorandin sich gezwungen gesehen habe, einen Halskragen zu tragen, untermauere die Aussagen des Referenten, dass diese Schmerzsymptomatik keinen relevanten organischen Kern habe. In diesem Kontext sei es nicht erstaunlich, dass verschiedenste therapeutische Massnahmen in den letzten Jahren das Beschwerdebild nicht positiv hätten beeinflussen können, ebenfalls durchaus typisch sei die Aussage, dass, sobald gewisse aktive Bewegungen durchgeführt würden (wie das erwähnte Training in einem Fitnessstudio), dies zu einer Schmerzexazerbation und sogar nachfolgend zu einer anamnestisch geschilderten Bettlägerigkeit für mehrere Tage führe. Inwiefern das ganze beklagte Schmerzbild psychopathologisch überlagert oder erklärt werden könne, müsse im psychiatrischen Gutachten diskutiert werden. Gestützt auf die vorstehenden einleuchtenden Befunderhebungen und Diagnosestellungen, welche auf eingehenden Untersuchungen beruhen (s. IV-Nr. 32.1, S. 37 f.), vermag schliesslich auch die Schlussfolgerung des rheumatologischen Gutachters zu überzeugen, dass aus rein klinisch-rheumatologischer Sicht weder heute noch je früher eine höhergradige oder anhaltende Einschränkung im Rahmen der früher von der Explorandin verschiedentlich durchgeführten Tätigkeiten z.B. als Hotelangestellte / Raumpflegerin bestanden habe. Im Rahmen der muskulären Dekonditionierung könne die Explorandin einzig körperlich schwer belastende Tätigkeiten

nicht ausüben, ansonsten bestünden für übliche Frauentätigkeiten im freien Arbeitsmarkt, welche körperlich leicht bis intermittierend mittelschwer und wechselbelastend seien, keine weiteren qualitativen oder quantitativen Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Demnach kann auf das beweismässige rheumatologische Teilgutachten abgestellt werden. Den Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens vermögen auch die von der Beschwerdeführerin erhobenen Rügen und die der gutachterlichen Beurteilung entgegenstehenden Arztberichte nicht zu entkräften. So spricht es entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nicht gegen den Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens, dass der Gutachter den diskreten bildgebenden Befunden «eine kleine, nach kaudal partiell verfolgbare mediane Diskushernie C3/4» sowie «Stummelrippen aber ohne klare Stenose» keine relevanten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bescheinigte, zumal diesbezügliche Einschränkungen auch von keinem behandelnden orthopädischen Facharzt statuiert wurden. So hielt Prof. Dr. med. H.____, D.____, Universitätsklinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, diesbezüglich in seinem Bericht vom 30. Januar 2020 (IV-Nr. 15) fest, dass die vorhandene MRI-Untersuchung keine klare Pathologie zeige, die die Beschwerden erkläre. Insofern sodann Prof. Dr. med. I.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, mit Bericht vom 31. Oktober 2018 (IV-Nr. 13, S. 3) ausführte, es sei durchaus denkbar, dass diese Stummelrippen der Beschwerdeführerin Schmerzen bereiteten, so handelt es sich hierbei lediglich um eine Vermutung, zumal Prof. Dr. med. I.____ über keinen orthopädischen oder rheumatologischen Facharztstitel verfügt, was den Beweiswert dieser Ausführungen zusätzlich schmälert. Schliesslich ist anzufügen, dass die Auswirkungen einer allfälligen Fibromyalgie wie jene anderer Schmerzstörungen im Rahmen einer Indikatorenprüfung anzuschauen sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_688/2016 vom 16. Februar 2017 E. 3.5, auch in diese Richtung: Urteil des Bundesgerichts 9C_221/2018 vom 16. Oktober 2018 E. 5.2.1), da die Fibromyalgie gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu den «vergleichbaren psychosomatischen Leiden» zählt, für welche früher die Überwindbarkeits-Vermutung analog galt (BGE 132 V 65 E. 4, Urteil des Bundesgerichts 9C_726/2014 vom 25. Februar 2015 E. 3.1.1) und nun die ergebnisoffene Prüfung anhand der Standardindikatoren vorgesehen ist. Dementsprechend kann auch bezüglich einer Fibromyalgie ein psychiatrisches Gutachten ausreichen, wenn, wie vorliegend, keine massgebend einschränkende rheumatologische Diagnose vorliegt (BGE 141 V 281 E. 10.2). Nach dem Gesagten bleiben die Auswirkungen der Schmerzen der Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit dem psychiatrischen Teilgutachten zu prüfen (s. E. II. 4.2.1.4 hiernach). 4.2.1.4 4.2.1.4.1 Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 32.1, S. 25 ff.) begründete der Gutachter die von ihm gestellten Diagnosen gestützt auf die erhobenen Befunde in nachvollziehbarer Weise: Bei der Explorandin seien die diagnostischen Kriterien einer leichten depressiven Episode, gekennzeichnet durch depressive Verstimmungen mit verminderter Freude, Schlafstörungen, erhöhter Ermüdbarkeit, vermindertem Selbstwert mit Insuffizienzgedanken, Schuldgedanken, einer generalisierten Angststörung mit Ängsten, anamnestisch auch mit vegetativen Symptomen einhergehend, und einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, gekennzeichnet durch diffuse, ausgeweitete Schmerzen im Bewegungsapparat, die deutlich ausgeprägt seien und sich mit somatischen Befunden nicht ausreichend objektivieren liessen, erfüllt. Die psychischen Störungen hätten sich auf dem Hintergrund einer chronischen Nackenschmerzproblematik und psychosozialen Belastungsfaktoren als Hausfrau, Mutter und ausserhäuslich Erwerbstätige mit nun finanzieller Abhängigkeit vom

berufstätigen Ehemann manifestiert, seitdem sie krank und arbeitsunfähig geblieben sei. Es bestünden leicht akzentuierte, dramatisierende Persönlichkeitszüge, die sonst früher normal verlaufene Sozialisation mit voller Leistungsfähigkeit spreche aber gegen die Achse-II-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Ein Suchtleiden bestehe nicht. Im J. ____ sei neben einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden. Anlässlich der gutachterlichen Untersuchung sei die Depression leicht ausgeprägt gewesen. Bei einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, wie diese aufgrund der heutigen Untersuchung diagnostiziert worden sei, stünden mehr emotionale und psychosoziale Belastungen im Vordergrund, gegenüber Konflikten, die sich hingegen bei einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, wie diese vordiagnostiziert worden sei, viel mehr im Sinne der Abwehr in irgendeiner Art in den Schmerzen ausdrücken könnten. Irgendein Hinweis auf einen (unbewussten) Konflikt habe im psychiatrischen Untersuchungsgespräch aber nicht ausgemacht werden können. Die Explorandin sei sich ihrer Belastungen mit den Schmerzen und der konsekutiv angespannten finanziellen Situation durchaus bewusst. Für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit spiele es aber keine Rolle, ob nun eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder wie im Gutachten eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert werde. Die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der Depression und der Ängste leicht eingeschränkt, es komme zu einer erhöhten Ermüdbarkeit unter einer Arbeit. Es bestehe zudem das Risiko eines sekundären Krankheitsgewinns, wenn der Beschwerdeführerin zu viel im Haushalt abgenommen werde. Die Explorandin sei mittlerweile aber auch zunehmend dekonditioniert, vor allem auch bei fehlender Tagesstruktur, es bestehe zudem eine Vulnerabilität für eine Verschlechterung.

4.2.1.4.2 Sodann führte der psychiatrische Gutachter hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus, aufgrund der durch die Depression und Angststörung bedingten erhöhten Ermüdbarkeit bestehe eine Leistungseinschränkung von 20 % in jeglicher Tätigkeit. Von dieser Arbeitsfähigkeit könne auch gemittelt im Verlauf ausgegangen werden, seitdem in den Akten fachärztliche psychiatrische Befunde vorlägen. Somit ist im Weiteren zu prüfen, ob die vom psychiatrischen Gutachter attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung ebenfalls zu überzeugen vermag. Grundsätzlich sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418). Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss dem Urteil BGE 141 V 281 soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern – wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung – besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a)

Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich kann auf die gutachterlichen Ausführungen (E. II. 4.2.1.4.1 hiervor) verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass insgesamt von einer leichtgradigen Ausprägung der gestellten Diagnosen auszugehen ist. Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, es sei eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durchgeführt worden, die seitens der Explorandin nicht mehr weitergeführt worden sei, nachdem sie sich dort unverstanden gefühlt habe und von der Behandlung offenbar nicht viel habe profitieren können. Die Medikamentenspiegel der Psychopharmaka, die sie angegeben habe, wiesen aber darauf hin, dass sie die Medikation einnehme. Die Arbeitsfähigkeit könne nach Einschätzung des Gutachters durch medizinische Massnahmen nicht relevant verbessert. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung könne aber zum Erhalt der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit beitragen. Weiter führte der Gutachter aus, berufliche Massnahmen könnten nur empfohlen werden, falls die Explorandin glaubhaft die dazu notwendige Motivation aufbringe. Eine sorgfältige Begleitung bei der Stellensuche und der Wiederaufnahme einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit könne auch zur notwendigen Tagesstrukturierung dienen. Die Wiederaufnahme einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit könne idealerweise schrittweise erfolgen wegen der bestehenden Dekonditionierung zum Realisieren der bestehenden medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit. Gestützt auf die vorgehenden Ausführungen ist somit im Resultat nicht von einer Behandlungs- und Eingliederungsresistenz auszugehen. Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 am Ende S. 430). Im vorliegenden Gutachten wurden keine zusätzlichen Wechselwirkungen der diagnostizierten Komorbiditäten genannt. Den einzigen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – leichte depressive Episode, generalisierte Angststörung – wurden gesamthaft eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % zugemessen. Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret

manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303).

Diesbezüglich hält der psychiatrische Gutachter fest, die genaue Exploration der täglichen Aktivitäten habe ergeben, dass der Explorandin mehr zumutbar wäre, als sie sich selber zugestehe. Es werde ihr im Haushalt auch viel abgenommen vom Ehemann, so könne aber ein sekundärer Krankheitsgewinn entstehen. Sie schlafe bis am Mittag und gehe erst gegen den frühen Morgen hin schlafen, was deutlich auf die Notwendigkeit sozio-rehabilitativer Massnahmen hinweisen könne, sodass durch eine regelmässige Tätigkeit wieder eine Tagesstruktur erreicht werden könnte. Der Sohn sei bereits etwas grösser, sodass sie durchaus einer ausserhäuslichen Tätigkeit nachgehen könnte. Sie erledige die Wäsche. Sie könne auch kleine Einkäufe erledigen. Insbesondere falle auf, dass sie sich sonst gerne beschäftige mit Lesen, sie sei auch interessiert am Weltgeschehen und betätige sich im Internet. Insbesondere seien ihr Flugreisen in die Heimat zusammen mit dem Ehemann und dem Kind möglich. Belastend sei die sich chronifizierende gesundheitliche Problematik mit Beschwerden, die sich bis heute trotz Behandlungen nicht gebessert hätten. Belastend, aber medizinisch nicht begründet sei auch die angespannte finanzielle Situation mit Abhängigkeit vom Einkommen des berufstätigen Ehemannes, seitdem die Explorandin nicht mehr ausserhäuslich arbeite. Die Explorandin stamme aus einem anderen Kulturkreis, sie könne es sich nicht vorstellen, auch mit Beschwerden zu arbeiten, verhalte sich gegenüber ihren Beschwerden eher passiv und erwarte von der Umgebung Hilfe. Wenn sie als Hausfrau / Mutter ausserhäuslich erwerbstätig sein müsse und zum Haushalt zusammen mit ihrem Ehemann und dem zehnjährigen Sohn finanziell beitragen müsse, bestehe auch eine Doppelbelastung. Indes bestünden Ressourcen für angelernte Arbeiten vor allem als Reinigerin. Es bestehe aber ein Rückzug. Sie sei in der Schweiz auch etwas schlecht integriert, sie habe kaum eigene Kontakte, wie sie angegeben habe. Sie sei aber in der Kontaktfähigkeit nicht gestört, sei durchaus bei Besuchen, die der Ehemann zu Hause empfangt, dabei, wenn sie sich auch rascher zurückziehe. Die erhaltenen psychischen Funktionen zeigten sich auch in der genauen Exploration der täglichen Aktivitäten. Die Explorandin habe nicht mehr ausserhäuslich gearbeitet, viele Tätigkeiten im Haushalt würden ihr vom Ehemann abgenommen, sie sei sonst aber durchaus am Leben interessiert, auch wenn sie keine Tagesstruktur mit regelmässigen Schlaf- und Wachzeiten aufrechterhalte, sie beschäftige sich gerne mit Lesen und sei auch reisefähig. Die erhaltenen psychischen Funktionen sprächen gegen eine anhaltende höhergradige Arbeitsunfähigkeit. Es könne der Explorandin durchaus eine Willensanstrengung zugemutet werden, um trotz den Beschwerden in einer somatisch angepassten Tätigkeit zu arbeiten, wenn sie dabei die Möglichkeit zu vermehrten Pausen habe. Zusammenfassend liegen demnach bei der Beschwerdeführerin neben gewissen Einschränkungen überwiegend positive soziale und persönliche Ressourcen vor. Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den

sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermaßen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ist gestützt auf die unter der vorstehenden Kategorie «funktioneller Schweregrad» gemachten Ausführungen sowie den anlässlich der Begutachtung von der Beschwerdeführerin geschilderten Tagesablauf (s. S. 27 des Gutachtens) zu verneinen. Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich gab die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung an, in einer Klinik sei sie nie gewesen, könne sich eine Klinikbehandlung auch nicht vorstellen. Sie habe den Hausarzt gebeten, dass er ihr wieder eine Adresse für eine psychiatrische Behandlung geben solle, aber noch keine Antwort erhalten. Zu ihrer Psychiaterin in den J.____ wolle sie aber nicht mehr gehen, diese Frau habe ja nur reklamiert und sie noch mehr kaputtgemacht. Gestützt auf diese Aussagen ist somit diesbezüglich von einem eher leichtgradigen Leidensdruck auszugehen ist. 4.2.1.4.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen damit als erstellt. Gestützt auf die einleuchtende Begründung der Diagnosestellung (s. E II. 4.2.1.4.1 hiervor) und die vorstehende Indikatorenprüfung vermag auch die gutachterliche Einschätzung einer 80%igen Arbeitsfähigkeit zu überzeugen. Ebenso ist die im psychiatrischen Teilgutachten vorgenommene Verlaufsbeurteilung nachvollziehbar, dass von dieser Arbeitsfähigkeit auch gemittelt im Verlauf ausgegangen werden könne, seitdem in den Akten fachärztliche psychiatrische Befunde vorlägen, zumal in den Vorakten aus psychiatrischer Sicht keine Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit vorliegen. 4.2.1.4.4 Auf das beweiswertige psychiatrische Teilgutachten der B.____ kann somit abgestellt werden. Den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens vermögen auch die von der Beschwerdeführerin dagegen vorgebrachten Rügen nicht zu vermindern. Die Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt, da die behandelnde Psychiaterin, welche die Beschwerdeführerin seit Mai 2019 behandle, eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziere, hätte der Gutachter seine abweichende Diagnosestellung zwingend mit der behandelnden Fachärztin besprechen müssen, um deren Gründe für die Diagnostizierung einer mittelschweren depressiven Episode in Erfahrung bringen zu können, zumal sich der psychiatrische Gutachter nur auf eine einmalige Untersuchung der Beschwerdeführerin zu stützen vermöge. Dem ist mit Verweis auf die treffenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin entgegenzuhalten, dass die Entscheidung, ob eine Rücksprache mit den behandelnden Ärzten angezeigt ist, grundsätzlich im Ermessen des Experten liegt. Ein diesbezüglicher Rechtsanspruch der Versicherten besteht nicht. Im Übrigen liegt es in der Natur der Sache, dass sich eine psychiatrische Begutachtung nicht auf einen gleich langen Beobachtungszeitraum stützen kann wie die Berichte behandelnder Fachleute. Dies allein vermag den Beweiswert einer Expertise nicht zu schmälern. Dass der Gutachter in Würdigung der Vorakten keinen Anlass für eine Rücksprache mit der behandelnden Psychiaterin sah, ist dem Beweiswert seiner Beurteilung somit nicht

abträglich (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_671/2012 vom 15. November 2012 E. 4.5). Insofern die Beschwerdeführerin schliesslich auf das Arztzeugnis von Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 29. November 2022 (B 11) verweist, worin ausgeführt wird, die Beschwerdeführerin sei seit sieben Jahren nicht mehr arbeitsfähig, ist festzuhalten, dass das betreffende Arztzeugnis nicht weiter begründet wird. Zudem ist in diesem Zusammenhang der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc; 9C_114/2007 E. 3.2.3 mit weiteren Hinweisen), weshalb dem Arztzeugnis von Dr. med. K.____ auch im Lichte dessen kaum Beweiswert zuzumessen ist. 4.2.1.5 Gestützt auf die beweiswertigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung im Gutachten der B.____ zu überzeugen, wonach die Beschwerdeführerin lediglich aus psychiatrischer Sicht in jeglicher Tätigkeit zu 20 % in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Im Übrigen wurden im beweiswertigen Gutachten Einschränkungen bei den Haushaltsarbeiten verneint. 5. Da die Beschwerdeführerin, wie vorerwähnt, in jeglicher Tätigkeit zu 20 % eingeschränkt ist, kann sie auch in ihrer bisherigen Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen. Somit entspricht die Arbeitsfähigkeit von 80 % grundsätzlich dem Invaliditätsgrad. Da sich selbst bei der Annahme einer im Gesundheitsfall zu 100 % ausgeübten ausserhäuslichen Tätigkeit kein invaliditätsrelevanter Invaliditätsgrad ergibt und im Haushalt keine Einschränkungen bestehen, kann die durch die IV-Stelle bislang nicht geklärte Statusfrage somit offengelassen werden. 6. Weil die Beschwerdeführerin sodann ihre bisherige Tätigkeit wieder aufnehmen kann, ist der Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen grundsätzlich zu verneinen, zumal gestützt auf das Gutachten der B.____ ein solcher Anspruch aufgrund fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit der Beschwerdeführerin ohnehin abzuweisen wäre. So habe die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung eine deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung gezeigt und sei insbesondere überzeugt geblieben, nicht mehr arbeiten zu können (vgl. IV-Nr. 32.1, S. 30). 7. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. 7.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 7.2 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. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

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