

# SO\_GERICHTE VSBES.2022.213 vom 25. März 2024

SO Obergericht, 2024-03-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2022.213\\_d20240325](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.213_d20240325)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2022.213 du 25 mars 2024

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2022.213 del 25 marzo 2024

## Regeste

Invalidenrente

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die 1972 geborene A.\_\_\_\_ (im Folgenden: Beschwerdeführerin) meldete sich am 23. August 2011 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Sie gab an, seit Dezember 2010 an einer depressiven Entwicklung im Zusammenhang mit einer psychosozialen Überbelastung zu leiden (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 2). Vom 10. Oktober bis 25. November 2011 war sie in der Psychosomatik der Klinik B.\_\_\_\_ hospitalisiert (IV-Nr. 74 S. 18 ff.). Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) gewährte der Beschwerdeführerin in der Folge berufliche Eingliederungsmassnahmen (Arbeitsversuch vom 18. Juni 2012 bis 30. Juni 2013, Einarbeitungszuschuss vom 1. Juli bis 30. September 2013; IV-Nr. 21, 25, 29, 36, 42 und 46). Mit Verfügung vom 7. April 2014 wies sie den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente sowie weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen ab (IV-Nr. 50).

1.2 Ab dem 1. November 2015 arbeitete die Beschwerdeführerin als Projektmitarbeiterin Kommunikation mit einem Pensum von 60 % im C.\_\_\_\_ (IV-Nr. 97 S. 20 f., 149 S. 29). Vom 26. Juli bis 13. Oktober 2016 hielt sie sich erneut in der Psychosomatik der Klinik B.\_\_\_\_ auf (IV-Nr. 55). Seither besteht eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bei D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie (IV-Nr. 89 S. 2). Am 15. Oktober 2016 meldete sich die Beschwerdeführerin erneut zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 53). Das Arbeitsverhältnis mit dem C.\_\_\_\_ wurde auf den 31. Mai 2017 aufgelöst (IV-Nr. 97 S. 22). Auf das neue Leistungsbegehren trat die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 3. Februar 2017 nicht ein (IV-Nr. 65). Die dagegen erhobene Beschwerde hiess das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn mit rechtskräftigem Urteil vom 4. September 2018 gut und wies die Sache an die Beschwerdegegnerin zurück, damit sie im Sinne der Erwägungen auf die Neuanmeldung vom 15. Oktober 2016 eintrete und die Sache materiell beurteile (VSBES.2017.75; IV-Nr. 87 S. 2 ff.).

1.3 Am 1. Dezember 2018 trat die Beschwerdeführerin eine neue Teilzeitstelle mit einem Pensum von 60 % als Sachbearbeiterin Marketing und Kommunikation in der E.\_\_\_\_ AG an (IV-Nr. 111). Die Beschwerdegegnerin führte am 24. Juni 2019 eine Abklärung im Haushalt der Beschwerdeführerin durch (IV-Nr. 94). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) veranlasste die Beschwerdegegnerin am 18. Mai 2020 eine bidisziplinäre (rheumatologische und psychiatrische) Begutachtung der Beschwerdeführerin durch die Dres. med. F.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ (IV-Nr. 118); an diesen Gutachtern hielt sie mit Verfügung vom 12. Juni 2020 fest (IV-Nr. 123). Das

rheumatologische Teilgutachten wurde am 3. Dezember 2020, das psychiatrische Teilgutachten und die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung wurden am 23. April 2021 fertiggestellt (IV-Nr. 137 S. 5 ff., 135 S. 2 ff. und 55 ff.). Dazu nahm der RAD am 26. Mai 2021 Stellung (IV-Nr. 142). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 21. September 2022 ab 1. Mai 2017 eine befristete ganze Invalidenrente und ab 1. April 2018 eine befristete Dreiviertelsrente zu; ab 1. November 2018 wurde ein Rentenanspruch verneint. Zur Begründung wurde im Wesentlichen dargelegt, nach Ablauf des gesetzlichen Wartejahres im Mai 2017 bestehe aufgrund der zunächst bestehenden vollständigen Erwerbsunfähigkeit Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Die Verbesserung des Gesundheitszustands vom 16. Dezember 2017 führe zu einer Reduktion der ganzen Rente auf eine Dreiviertelsrente mit Wirkung ab April 2018. Die erneute Verbesserung des Gesundheitszustands vom 17. Mai 2018 bis 15. Juli 2018 werde nicht berücksichtigt, da diese weniger als drei Monate gedauert habe. Ab dem 16. Juli 2018 sei es der Beschwerdeführerin möglich, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen; der Rentenanspruch entfalle folglich ab November 2018. Gemäss den Akten sei die Beschwerdeführerin seit Dezember 2018 in einem Pensum von 60 % als Sachbearbeiterin Marketing und Kommunikation tätig. Es müsste ihr jedoch möglich sein, ein Erwerbseinkommen von CHF 60'798.00 (recte: CHF 60'198.00) pro Jahr zu erzielen, was zu einem nicht mehr rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 30 % führe. Zu den Einwänden wurde im Wesentlichen dargelegt, dem bidisziplinären Gutachten komme voller Beweiswert zu. Das Valideneinkommen sei basierend auf einem Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung zu ermitteln, wobei das Kompetenzniveau 3 zu berücksichtigen sei. Zum Invalideneinkommen sei festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin trotz ihres psychischen Leidens kognitiv in der Lage sein sollte, eine ihrer Ausbildung entsprechende Tätigkeit auszuüben. Es bestehe kein Anspruch auf Herausgabe der originalen Testunterlagen. Eine Beweisuntauglichkeit des psychiatrischen Teilgutachtens vom 23. April 2021 liege nicht vor (IV-Nr. 168; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

## **E. 2**

2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt gemäss Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 IVG Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

### **E. 2.1**

Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt gemäss Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 IVG Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare

Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

## **E. 2.2**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). 3.

## **E. 3**

Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, eine weitere Begutachtung in den Disziplinen Rheumatologie, Psychiatrie und Neuropsychologie zu initiieren.

### **E. 3.1**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). 3.2 Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Demgegenüber ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f. mit Hinweisen). 3.3 Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV führt eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit zu einer Herabsetzung oder Aufhebung der Rente, wenn angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird; die Verbesserung ist in jedem Fall zu berücksichtigen, wenn sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. 3.4 Nach der Rechtsprechung sind diese Revisionsbestimmungen bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente analog anwendbar, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte. Die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung kann auch ohne wesentliche Änderung des

Gesundheitszustandes eine Rentenrevision rechtfertigen. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts auch hier unbeachtlich (Urteil des Bundesgerichts 8C\_269/2015 vom 18. August 2015 E. 3.2 mit Hinweisen).

#### **E. 4**

4.1 Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.2 Die Rechtsprechung erachtet es als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

5. Das Versicherungsgericht kam in seinem rechtskräftigen Urteil vom 4. September 2018 zum Schluss, mit dem Bericht der Klinik B.\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2016 sei eine revisionsrechtlich relevante Änderung bzw. Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin seit der rechtskräftigen Verfügung vom 7. April 2014 glaubhaft gemacht worden. Die Beschwerdegegnerin hätte abklären müssen, ob eine gesundheitliche Verschlechterung von voraussichtlich längerer Dauer eingetreten sei, welche sich auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirke. Mit dieser Begründung wurde die Sache zur materiellen Beurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen (S. 15 E. II. 6. [VSBES.2017.75], IV-Nr. 87 S. 16; vgl. E. I. 1.2 hiervor). Aus den von der Beschwerdegegnerin in der Folge beigezogenen medizinischen Berichten geht folgender medizinischer Sachverhalt hervor:

5.1 Der behandelnde Psychiater der Beschwerdeführerin, D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 14. November 2018 folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vom 16. Juli 2018) fest: «ICD 10 F32.0 Leichte depressive Symptomatik». Zur medizinischen Vorgeschichte legte er dar, die Patientin berichte zu Beginn der psychotherapeutischen Behandlung von einer schleichenden Verschlechterung ihres psychischen Zustandes bis

zum Eintritt in die Klinik B.\_\_\_\_ am 26. Juli 2016 (Aufenthalt bis 13. Oktober 2016) mit Verlust von Freude, Hoffnung, Zuversicht und Antrieb. Ferner schildere sie auslösende Lebensereignisse, welche der Zustandsveränderung vorausgegangen seien: Ihr Bruder habe vor wenigen Wochen 42-jährig Suizid begangen, der Ehemann habe nach einer Enzephalitis eine Persönlichkeitsveränderung durchgemacht, der Schwiegervater sei an einem aggressiven Hirntumor erkrankt, am Arbeitsplatz sei sie wegen kleinster Fehler gemobbt worden und habe diesen verloren und die Wohnung sei ihr, dem Partner und der Tochter aus früherer Beziehung gekündigt worden. Die Patientin habe neben einer mittelgradig bis schweren depressiven Symptomatik mit Verlust von Antrieb, Freude und Hoffnung, Selbstwertverlust, Insuffizienzgefühlen, Grübeln, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen und sozialem Rückzug ausgeprägte Muster von Selbstunsicherheit und Vermeidungstendenzen mit Verdacht einer Persönlichkeitsstörung gezeigt, insbesondere wenn das berufliche Umfeld thematisiert worden sei. Sie habe vor allem befürchtet, wegen Fehlern getadelt oder sanktioniert zu werden. Dies führe zu einem ausgeprägten Rückzugsverhalten. Ausserdem hätten Ein- und Durchschlafstörungen bestanden. Die Paarbeziehung habe sich verschlechtert und die Aufnahme einer Paartherapie sei notwendig geworden.

Zur aktuellen medizinischen Situation wurde ausgeführt, der Gesundheitszustand der Patientin habe sich verbessert. Wenn zu Beginn der Behandlung (stationärer Aufenthalt in der Klinik B.\_\_\_\_) von der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung [ICD-10 F60.6]) und einer schweren depressiven Störung ICD-10 F33.2) die Rede gewesen sei, lasse sich aus aktueller diagnostischer Sicht noch von einer abgemilderten depressiven Problematik sprechen im Erscheinungsbild einer leichten depressiven Störung (ICD-10 F32.0). Die beobachtete Verbesserung des psychischen Leidens habe sich nicht plötzlich ereignet, sondern sei graduell eingetreten, bedingt durch die in der Therapie verarbeiteten Themen und eine steigende Zuversicht, den Weg zurück ins Leben, insbesondere auch beruflich, wieder zu finden. Die an der letzten Arbeitsstelle erlebten Schwierigkeiten hätten (neben einem vorbestehenden depressiven Verarbeitungsmodus) wesentlich zum Auftreten der psychischen Störungen beigetragen. Die Patientin habe noch keine Stelle gefunden, könne aber allenfalls niedrigprozentig selbstständig als Fotografin tätig sein. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit lautete wie folgt: Zum gegenwärtigen Zeitpunkt, nach 24-monatiger Psychotherapie, könne davon ausgegangen werden, dass die Patientin im Rahmen von ca. 60 bis 80 % wieder voll arbeitsfähig sein werde. Die erreichten Verbesserungen seien zu konsolidieren. Die Patientin könne mit ihren Ängsten adäquat umgehen, nehme sich und ihre Leistungs- und Belastungsgrenzen besser wahr und habe gelernt, sich abzugrenzen und für ihre Anliegen einzustehen.

Zur beruflichen Situation wurde ferner angegeben, die Patientin sei seit dem Behandlungsbeginn bis zum 30. November 2018 krankgeschrieben. Ihre letzte Tätigkeit sei Fachfrau für Kommunikation und Marketing am C.\_\_\_\_ gewesen. Aufgrund der leichten depressiven Problematik bestehe zurzeit noch eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit von 60 bis 80 %. Die bisherige Tätigkeit und eine angepasste Verweistätigkeit seien ca. 6 bis 7 Stunden pro Tag zuzumuten. Die Prognose zur Eingliederung sei gut. Die Patientin werde sich voraussichtlich in einer kleinen bis mittelgrossen Firma wohler fühlen mit einer überschaubaren Anzahl von Ansprechpersonen. Der Verlauf der bisher attestierten Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Fachfrau Marketing und Kommunikation

wurde wie folgt angegeben: 100 % vom 24. Oktober 2016 bis 13. Juli 2017, 80 % vom 14. Juli 2017 bis 15. Dezember 2017, 60 % vom 16. Dezember 2017 bis 16. Mai 2018, 40 % vom 17. Mai 2018 bis 15. Juli 2018 und 20 % vom 16. Juli 2018 bis 30. November 2018 (IV-Nr. 89).

5.2 Am 30. Januar 2019 teilten D.\_\_\_\_ und die behandelnde Psychologin H.\_\_\_\_, Psychologin/Mag.a, der Beschwerdegegnerin mit, der Patientin sei bis 31. Dezember 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % attestiert worden. Seit Januar 2019 bestehe keine Arbeitsunfähigkeit mehr. Die Patientin habe die psychotherapeutische/psychiatrische Behandlung abgeschlossen. Gemäss den Angaben der Patientin habe sich ihr Zustand stabilisiert (IV-Nr. 90).

5.3 RAD-Ärztin Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin Neurologie FMH, hielt in ihrer Stellungnahme vom 11. März 2019 fest, am 31. Mai 2016 sei die Arbeitsunfähigkeit eingetreten, der weitere Verlauf könne dem Bericht von D.\_\_\_\_ entnommen werden. Seit dem 1. Januar 2019 bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr. Die Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten sei gleich zu beurteilen (IV-Nr. 92).

5.4 Dr. med. J.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, hielt in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 28. Juli 2019 fest, die Patientin habe ihn (in seiner Funktion als langjährigen Hausarzt) gebeten, er solle mitteilen, dass nebst den bisher diskutierten und verhandelten psychischen und psychosomatischen Beschwerden auch relevante rheumatische Beschwerden bestünden, nämlich chronische polytope Schmerzen bei Verdacht auf Fibromyalgieschmerzsyndrom seit ca. 2014 mit Befall der Hände und Ellbogen, des Nackens, der Schultern, des Rückens, des Knies und der Fingergelenke sowie mit Tendenz zur Hyperbeweglichkeit und Epikondylose humeri ulnaris beidseits (IV-Nr. 95).

5.5 Am 18. Oktober 2019 informierte der behandelnde Psychiater die Beschwerdegegnerin, dass die Patientin weiterhin in der Praxis in Behandlung sei und nebst psychiatrischen Verlaufskontrollen seit Sommer 2019 wegen anhaltender Beschwerden (leichte depressive Symptomatik, Schlafstörungen) wieder in regelmässiger psychotherapeutischer Behandlung (2-Wochen-Rhythmus) bei der erwähnten Psychologin stehe (IV-Nr. 96).

5.6 RAD-Ärztin Dr. med. I.\_\_\_\_ gab in ihrer Stellungnahme vom 9. Januar 2020 an, zwischenzeitlich sei es zu einer vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen. Die Versicherte sei wegen einer Depression vom 26. Juli bis 13. Oktober 2016 in der Klinik für [...], B.\_\_\_\_, hospitalisiert gewesen. Seither bestehe eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in der Praxis D.\_\_\_\_. Der psychische Gesundheitszustand habe sich kontinuierlich verbessert. Seit dem 14. Juli 2017 sei eine Arbeitsfähigkeit von 20 % attestiert worden, welche bis Ende 2018 kontinuierlich auf 100 % habe gesteigert werden können. Neben den psychischen Beschwerden bestünden gemäss den Angaben des Hausarztes auch polytope Schmerzen im Sinne einer Fibromyalgie. Diesbezüglich seien keine weiteren Informationen vorhanden. Die Versicherte sei seit dem Jahr 2011 nun zum zweiten Mal über längere Zeit wegen depressiver Beschwerden arbeitsunfähig gewesen. Auslöser seien beide Male psychosoziale Belastungen bzw. Probleme am Arbeitsplatz gewesen. In der Klinik sei die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt worden, die vom behandelnden Psychiater nicht bestätigt worden sei. Auch die depressiven Beschwerden seien unterschiedlich beurteilt worden,

einerseits als rezidivierende depressive Störung (F33) mit mittelgradiger bis schwerer Ausprägung, andererseits als depressive Episoden (F32), zuletzt leichter Ausprägung. Zudem seien neu somatische Beschwerden geltend gemacht worden, die bisher nicht abgeklärt worden seien. In dieser Situation empfehle es sich, auch wenn der Versicherten mittlerweile eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert werde, eine gutachterliche Abklärung (IV-Nr. 99 S. 2 ff.).

5.7 D. \_\_\_ und H. \_\_\_ hielten im Bericht vom 28. Februar 2020 fest, die Patientin arbeite derzeit als Sachbearbeiterin in einem Pensum von 60 %. Gegenwärtig sei davon auszugehen, dass sie aufgrund der gesundheitlichen Situation weiterhin ein maximales Pensum von 60 % verrichten könne und die Tätigkeit als Sachbearbeiterin an ihren Gesundheitszustand angepasst sei. Aus psychiatrischer Sicht sei die Patientin aktuell und auch künftig einer Tätigkeit mit mehr fachlichen Anforderungen und grösserer Verantwortung nicht gewachsen. Es bestehe weiterhin die Gefahr einer psychischen Destabilisierung bei grösserem Druck und einer Verschlechterung der depressiven und der Angstsymptomatik (IV-Nr. 110).

5.8 Im Bericht vom 29. April 2020 gaben der behandelnde Psychiater und die behandelnde Psychologin im Weiteren an, die Einschätzung im Schreiben vom 30. Januar 2019 (vgl. E. II. 5.2 hiervor) sei insofern zu präzisieren, als die Patientin ihre Arbeitstätigkeit mit einer neuen Stelle ab dem 1. Dezember 2018 als Sachbearbeiterin Marketing und Kommunikation in der E. \_\_\_ AG sowohl hinsichtlich des Pensums als auch in Bezug auf die Tätigkeit an ihren Gesundheitszustand angepasst habe. Die Tätigkeit als Sachbearbeiterin mit wenig Verantwortung entspreche nicht der höheren Ausbildung der Patientin. Ihr könne kein höheres Arbeitspensum als 60 % zugemutet werden. Die vorliegenden Ausführungen bezögen sich insbesondere auf den Zeitraum der Wiederaufnahme einer intensiveren psychotherapeutischen-psychiatrischen Behandlung seit dem 5. Juli 2019. Der Gesundheitszustand sei vom 14. November 2018 bis zum Sommer 2019 stationär gewesen; die chronische depressive Symptomatik habe trotz antidepressiver Medikation auch in diesem Zeitraum weiterhin bestanden und habe sich im Sommer 2019 verschlechtert. Die Diagnosen vom 14. November 2020 (recte: 2018) hätten sich wie folgt geändert: «F33.00 Rezidivierende Depressive Störung (ohne somatisches Syndrom), ggf. leichte bis mittelgradige depressive Episode, in der Vergangenheit mehrere schwere bis mittelgradige Episoden (anamnestisch seit frühem Erwachsenenalter 1995, 2000 und gemäss Berichten der Klinik B. \_\_\_ 2011 und 2016), aktueller BDI II Wert von 20 (14-19: leichte Depression; 20-28: mittelschwere Depression); F60.6 ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung, die Persönlichkeitsstörung hat einen gewichtigen Krankheitswert und zeigt sich als mitverantwortlich für die Entstehung und Aufrechterhaltung der rezidivierenden Affekterkrankung, aus heutiger Sicht ist die Diagnose (erstmalig gestellt 2016) nach wie vor zutreffend; Z.63 Frühe Parentifizierung und emotionale Vernachlässigung mit Folgen von Aufopferungstendenzen und erhöhten Leistungsansprüchen; Chronische polytope Schmerzen bei Verdacht auf Fibromyalgieschmerzsyndrom seit ca. 2014 mit / bei Befall der Hände, Ellbogen, Nacken, Schulter, Rücken, Knie und Fingergelenke, klinische Tendenz zur Hyperbeweglichkeit und Epikondylose humeri ulnaris bds (wir verweisen auf den Bericht des Hausarztes Dr. J. \_\_\_)».

Im Weiteren wurde ausgeführt, sämtliche erwähnten Diagnosen hätten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Auch die Diagnose Z.63 habe einen Krankheitswert, weil diese

Erfahrungen die Behandlung der anderen Störungen behinderten und auch die Persönlichkeitsstruktur stark beeinflusst hätten. Zum Verlauf und zum weiteren Vorgehen wurde angegeben, die Patientin habe einen hohen Leistungsanspruch und tendiere dazu, sich aufzuopfern. In einem herausfordernden beruflichen Umfeld fehlten damit nach wie vor die Möglichkeiten, sich abzugrenzen und die schon aufgrund der Persönlichkeitserkrankung bedingte hohe Anspannung und sorgenvolle Haltung zu regulieren. Die aktuelle Tätigkeit mit einem Pensum von 60 % entspreche der Leistungsfähigkeit der Patientin und sei an den Gesundheitszustand angepasst. Im Sommer 2019 habe sich der Gesundheitszustand verschlechtert und auch aktuell zeige sich nach wie vor eine depressive Symptomatik: Es bestünden weiterhin depressive Symptome (Versagens- und Schuldgefühle, Selbstablehnung, Selbstvorwürfe, eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit, Wertlosigkeit, Durchschlafschwierigkeiten, Reizbarkeit, verminderte Konzentrationsfähigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit und Erschöpfbarkeit und erhöhte emotionale Reagibilität bei sozialer Zurückweisung und Kränkung). Die Patientin sei seitdem weiterhin in regelmässiger psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung (Sitzungen im 2-Wochen-Rhythmus: letzte Sitzung am 24. April 2020). Ziele der Therapie seien der Umgang mit Angst und Anspannung, das Erlernen von Strategien für den Arbeitsalltag, Entwicklung von selbstfürsorgendem Verhalten und die Behandlung der rezidivierenden Depression. Die Patientin sei aus psychiatrischer Sicht aktuell und auch künftig einer Tätigkeit mit mehr fachlichen Anforderungen und grösserer Verantwortung nicht gewachsen. Auch das Pensum von 60 % sei nicht zu überschreiten. Mit ihrer Persönlichkeitsstruktur (hohe Anspannung, Besorgtheit und Vermeidung bei einem gleichzeitig bestehenden hohen Anspruch und hoher Leistungsorientierung und Vermeidungsverhalten) und der chronischen depressiven Symptomatik komme die Patientin auch bei dieser angepassten Tätigkeit im Teilzeitpensum an ihre Grenzen. Es bestehe auch weiterhin die Gefahr einer psychischen Destabilisierung bei mehr Druck und damit einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik (IV-Nr. 115 S. 8 ff.).

5.9 Laut dem Bericht von D.\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_ vom 6. Oktober 2020 ist der Gesundheitszustand der Patientin seit dem 29. April 2020 stationär. Die Diagnosen seien unverändert. Zum Verlauf wurde dargelegt, die psychischen und körperlichen Erkrankungen bestünden weiterhin. Die Patientin sei nach wie vor in regelmässiger psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung (Sitzungen im 2-Wochen-Rhythmus, letzte Sitzung: 2. Oktober 2020). Nach bald schon zwei Jahren in der Tätigkeit als Sachbearbeiterin Marketing und Kommunikation in der E.\_\_\_\_ AG bestätigte sich, dass die Patientin sowohl qualitativ als auch quantitativ immer wieder ihre Belastungsgrenze erreiche. Obwohl die Tätigkeit als Sachbearbeiterin mit wenig Verantwortung nicht der höheren Ausbildung der Patientin entspreche, stosse sie an ihre Leistungsgrenzen und erlebe häufig emotionalen Stress, der sich in Anspannung, Nachgrübeln über Situationen, Erschöpfung und Unsicherheit bei Entscheidungen ausdrücke. Insbesondere auch der hohe Leistungsanspruch (keine Fehler machen, richtige Entscheidungen treffen) machten ihr dabei zu schaffen. Sie suche permanent nach Möglichkeiten, sich abzusichern und ver falle bisweilen in eine passive, vermeidende Haltung. Diese entspreche aber wiederum nicht ihrem eigenen Anspruch an sich selbst und führe zu einem Ohnmachtserleben. Die Angst vor der Reaktion des Teams und von Führungspersonen setze der Patientin dann stark zu. Hinzu komme, dass die Patientin zwar keine Konflikte im Arbeitsteam habe, doch schon sachliche Rückmeldungen von Führungspersonen triggerten traumatische Erfahrungen mit dominanten Autoritätspersonen

der Kindheit, Jugend und der vorangehenden Anstellung. Mit dem an ihren Gesundheitszustand angepassten Pensum von 60 % könne die Patientin ihre beruflichen Aufgaben gemäss eigenen Angaben und bisherigen Rückmeldungen von Vorgesetzten in genügender Qualität erfüllen, doch benötige sie dafür zum einen aufgrund der Persönlichkeitsstruktur (Vermeidung, geringe Fähigkeit zur Selbstbehauptung, Angst vor Fehlern und Ablehnung durch andere), zum anderen aufgrund der depressiven Symptomatik (eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit, Vergesslichkeit) deutlich mehr Energie im Vergleich zu gesunden Personen. Dadurch komme sie rascher an ihre Belastungsgrenzen, was zu einer quantitativen Einschränkung von Arbeitsstunden führe und entsprechend Zeit zur Erholung brauche. Die Einschränkung entspreche quantitativ einer Einschränkung von 40 % in der bereits inhaltlich (kaum Verantwortung, Sachbearbeitungsfunktion) an den Gesundheitszustand angepassten Tätigkeit. Eine Stelle mit einem höheren Pensum als 60 % sei nicht zumutbar. Hinzu kämen noch die körperlichen Schmerzsymptome, welche zusätzlich zu einer Schwankung der Leistungsfähigkeit und auch der geistig emotionalen Gesundheit führten. An Tagen mit Schmerzen und körperlicher Erschöpfung stünden noch weniger Kompensationsmöglichkeiten zur Verfügung und Situationen bei der Arbeit würden schnell als übermässig bedrohlich und überfordernd erlebt. Die aktuelle Tätigkeit mit einem Pensum von 60 % sei zuzumuten. Dennoch bestehe weiterhin die Gefahr einer psychischen Destabilisierung bei mehr Druck oder einer ungünstigen Entwicklung bezogen auf das Klima bei der Arbeit. Es bestehe weiterhin die Gefahr einer Verschlechterung der rezidivierenden depressiven Erkrankung (IV-Nr. 128).

5.10 Dem bidisziplinären (rheumatologischen und psychiatrischen) Gutachten von Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie FMH, und Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 23. April 2021 (Untersuchungen vom 21. September 2020 sowie 18. Februar und 1. März 2021) können im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) folgende relevante Diagnosen mit und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden: «Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4); Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6); Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54) bei aktivierter, linksseitig erosiver hypertropher Spondylarthropathie beidseits mit foraminal reichender Diskusprotrusion mit Riss des Anulus fibrosus mit Tangierung der extraforaminalen Wurzel L5 beidseits rechtsbetont ohne Wurzelbedrängung; Spondylarthropathie, Typ Bechterev (ICD-10 M45), entzündlicher Rückenschmerz mit Beginn vor dem 45. LJ, leichte inflammatorische ISG-Arthropathie rechts, Arthralgien, Enthesen-Schmerzen, mit nachgewiesenen diskreten Enthesio-/ Tendinopathien (Arthro-MRI Hüfte, Knie Ultraschall); Beginnende Coxarthrose rechts (ICD-10 M16); St.n. Schulterimpingement bds. (ICD-10 M75), anamnestisch St.n. Schulterarthroskopie, aktuell geringe Bursitis subdeltoidea bds., DD im Rahmen der Spondylarthropathie».

Zur Krankheitsentwicklung wurde im Wesentlichen dargelegt, die Explorandin sei in schwierigen, übergriffigen und gewalttätigen Verhältnissen aufgewachsen. Sie habe die Schule absolviert und im weiteren Verlauf eine Ausbildung als IT-Systemkauffrau absolviert. Von 2003 bis 2006 habe sie bis zum Bachelor Marketing studiert. Danach habe sie in einigen Anstellungen im Marketingbereich gearbeitet, zuletzt im C.\_\_\_\_, wo es aufgrund von Problemen am Arbeitsplatz ab dem Jahr 2016 zu einer Krankschreibung und in deren Folge zur Kündigung gekommen sei. Die Explorandin habe sich erstmals im Alter

von 28 Jahren, im Jahr 2000, in psychiatrische Behandlung nach der Trennung von ihrem ersten Ehemann im Jahr 1999 gegeben. Es sei eine zweite behandlungspflichtige depressive Episode gefolgt, eine im Jahr 2010 und eine depressive Episode im Rahmen der Überlastungssituation mit Problemen am Arbeitsplatz und der Erkrankung des Ehemannes im Jahr 2016. Die Symptomatik des Ehemannes habe sich im weiteren Verlauf gebessert; die Beziehung sei nun wieder gut. Die Explorandin habe Ende 2018 eine Anstellung zu 60 % als Sachbearbeiterin begonnen. Der behandelnde Hausarzt habe wegen Hypo- und Dysästhesie auf Höhe des Segments TH11/12 links im Jahr 2016 ein MRI der LWS und des thorakalen Überganges veranlasst. Dieses habe eine breitbasige Diskusprotrusion mit möglicher Tangierung der L5 Wurzeln gezeigt. Vom Hausarzt werde keine dazu passende Klinik beschrieben, es bestünden aber Schmerzen an Ellenbogen, Nacken, Schultern, Rücken und Fingergelenken. Klinisch bestehe eine Tendenz zur Hyperbeweglichkeit und Epikondylose humeri ulnaris beidseits.

Die Herleitung bzw. Begründung der aktuellen Diagnosen lautete wie folgt: Zum Zeitpunkt der Untersuchung sei nach ICD-10 kein depressives Syndrom mehr vorhanden gewesen. Die Explorandin habe sich dahingehend geäußert, dass ihre Grundstimmung wechselhaft sei. Wenn sie mit dem Ehemann zusammen sei, sei sie ausgeglichen, wenn sie jedoch an Situationen denke, wie z.B. an Menschen, die sich gegen die Corona-Massnahmen wehrten, sei sie in gedrückter Stimmung. Ein Interessen- oder Freudverlust sei nicht vorhanden. Die Explorandin interessiere sich für Fotografie und empfinde bei dieser Tätigkeit auch Freude. Der Antrieb sei unauffällig. Eine depressive Symptomatik nach ICD-10 könne daher nicht mehr gesehen werden. Für eine Besserung der depressiven Symptomatik spreche auch, dass im Jahr 2018 die antidepressive Medikation beendet worden sei. Die Explorandin habe sich dahingehend geäußert, sich im Vergleich mit anderen Menschen minderwertig zu fühlen. Eine übertriebene Sorge, in sozialen Situationen kritisiert oder abgelehnt zu werden, sei vorhanden. Die Explorandin habe bis auf die Freundinnen, die sie zwei- bis dreimal pro Jahr sehe, wenige soziale Kontakte. Sie habe Schwierigkeiten verneint, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Sie benötige jedoch länger, um anderen Menschen zu vertrauen. Die Explorandin habe auch verneint, Mühe zu haben, sich in sozialen Situationen durchzusetzen. Aus dem Bericht der Klinik B.\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2016 gehe hervor, dass die Explorandin Angst vor Kritik und Ablehnung habe. Persönliche Kontakte gehe sie nur ein, wenn die Sicherheit bestehe, nicht abgelehnt zu werden. Im Weiteren sei im Bericht beschrieben, dass eine andauernde und umfassende Anspannung und Besorgtheit vorhanden seien. Es bestehe bereits seit dem Jugendalter eine Persönlichkeitsproblematik. Bereits im Alter von 17 Jahren habe die Explorandin einen Suizidversuch unternommen. Dem beruflichen Lebenslauf könne entnommen werden, dass es häufig zu Stellenwechseln gekommen sei. Die Anstellungen hätten in der Regel wenige Monate bis maximal vier Jahre gedauert. Im Beziehungsbereich bestünden leichte Probleme. Die Explorandin sei von 1991 bis zur Trennung im Jahr 1999 verheiratet gewesen, sei danach eine Beziehung mit einem gewalttätigen Mann eingegangen und sei nun in zweiter Ehe seit 15 Jahren verheiratet. Auch diese Ehe sei von Schwierigkeiten geprägt, der Ehemann sei an einer limbischen Enzephalitis erkrankt. Die Symptomatik sei insgesamt nicht stark ausgeprägt. Auch die Explorandin selbst habe auf Nachfrage angegeben, in sozialen Situationen keine Mühe zu haben, sich durchzusetzen. Auch habe sie auf Nachfrage erklärt, dass es ihr nicht schwer falle, sich mit Kollegen, Bekannten oder Freunden zu unterhalten. Auch in der Untersuchungssituation sei die Explorandin in der Lage gewesen, ihre Anliegen anzubringen. Es sei daher insgesamt nach ICD-10 von einer ängstlich-vermeidenden

Persönlichkeitsstörung leichten Ausmasses auszugehen. Für die eher leichte Ausprägung spreche auch, dass diese Diagnose erst beim zweiten Aufenthalt in der Klinik B.\_\_\_\_ vom 26. Juli bis 13. Oktober 2016 genannt worden sei. Dem Austrittsbericht bezüglich der ersten Hospitalisation vom 10. Oktober bis 25. November 2011 sei diese Diagnose noch nicht zu entnehmen. Auch aus dem Bericht vom 24. September 2013 gehe keine Persönlichkeitsstörung hervor. Laut dem Bericht vom 29. März 2017 bestehe die Diagnose des Verdachts auf eine Persönlichkeitsstörung.

Im Weiteren wurde dargelegt, aus rheumatologischer Sicht bestehe bei der Explorandin der Verdacht, dass sie an einem Morbus Bechterew erkrankt sei. Dafür sprächen die nächtlichen lumbosakralen Schmerzen, einschliesslich berichteter Gelenkschmerzen mit beschriebener Steifigkeit. Für die Erkrankung spreche das aktuell durchgeführte MRI, welches eine inflammatorische Arthropathie des rechten Iliosakralgelenkes (ISG) zeige und die zu den Beschwerdeangaben und dem körperlichen Untersuchungsbefund passe. Zum anderen sprächen die Beschwerden auf nichtsteroidale Antirheumatika an und die Explorandin getraue sich gar nicht, diese Medikamente wegzulassen. Ultrasonographisch finde man Enthesitiden im Ansatz der Quadrizepssehne am Knie, wo die Explorandin auch Schmerzen angebe. Die ultrasonographischen Befunde an den Händen, in Form von Tenosynovitiden, seien grenzwertig gewesen, weshalb auch ein MRI der Hände veranlasst worden sei, welches diese nicht bestätigt habe. Insgesamt korreliere das auch mit den Beschwerdeangaben, so könne die Explorandin die Hände im Alltag noch gut einsetzen und gebe hier nur marginal Einschränkungen an ohne Auswirkungen für die von ihr ausgeübte Tätigkeit. Häufig mit der Spondylarthropathie assoziierte Erkrankungen bestünden nicht. All dies schliesse aber das Vorliegen einer Spondylarthritis nicht aus. Der radiologische Befund an den ISG-Gelenken sei zumindest im Jahr 2016 unauffällig gewesen, sodass der Beschwerdeverlauf zeitlich übereinstimme mit dem berichteten langsamen Beginn der Beschwerden, wie es die Explorandin auch beschreibe. Zu den Differentialdiagnosen sei Folgendes festzuhalten: Eine Fibromyalgie könnte den Befund am rechten ISG, die leichten Entzündungen an den Enthesen, beschrieben im Arthro-MRI der rechten Hüfte, nicht erklären. In der Untersuchung habe es keine auffälligen Fibromyalgie Druckpunkte gegeben, es habe zu wenig unspezifische Allgemeinsymptome gegeben. Insgesamt seien die Beschwerden eher nicht einer Fibromyalgie zuzuordnen. Eine rheumatoide Arthritis sei bei unauffälligem MRI der Hände unwahrscheinlich, die rheumatoide Arthritis würde nicht zu entzündlichen Rückenschmerzen führen. Hinweise für Kollagenosen habe es anamnestisch durch die Kälteempfindlichkeit an den Händen gegeben, ein konkretes Renaud Phänomen habe die Explorandin jedoch nicht bestätigt. Auf eine zusätzliche umfangreiche Autoimmundiagnostik sei verzichtet worden. Bei der Explorandin seien Veränderungen an der Lendenwirbelsäule im Segment L4/5 ersichtlich, die im MRI des Jahres 2016 noch nicht derart sichtbar gewesen seien. Es könne von einer aktivierten Spondylarthrose ausgegangen werden, die zurzeit entzündlich aktiv sei und ebenfalls einen Grossteil der Schmerzen ausmachen werde. Mit Sicherheit abgegrenzt werden könne diese aber nicht von einer weiteren Manifestation des Morbus Bechterew. Da im MRI aus dem Jahr 2016 keine spondylarthrotischen Veränderungen sichtbar gewesen seien, müssten diese innerhalb der letzten vier Jahre entstanden sein. Risikofaktoren einer vorzeitigen Arthrose seien bei der Explorandin aber spärlich vorhanden. Sie habe sogar an Gewicht abgenommen seit dem Jahr 2016, sei nie schweren körperlichen Belastungen ausgesetzt gewesen, lediglich in der Familie liege eine Coxarthrose vor. Die beschriebenen Diskusprotrusionen mit möglicher Wurzeltangierung führe weiterhin klinisch und in der aktuellen

Untersuchung zu keinen provozierbaren radikulären Schmerzen. Bei der Explorandin finde sich eine familiär bedingte leichte Coxarthrose, die in den Untersuchungen vom August 2008 ein beginnendes Stadium aufweise, ein femoroacetabuläres Impingement habe in der Untersuchung nicht ausgelöst werden können. Es habe sich auch keine Bewegungseinschränkung gefunden. Inwieweit die Coxarthrose bei wenig Belastung überhaupt symptomatisch sei, sei fraglich. Insgesamt habe es kaum Angaben (allenfalls Steifigkeit) von typischen Beschwerden gegeben. Zusammenfassend sei von entzündlichen und mechanischen Rückenschmerzen auszugehen, welche bereits seit einiger Zeit den Schlaf der Explorandin störten. Tagsüber seien die Schmerzen offenbar reduzierter vorliegend, sodass funktionelle Einschränkungen im Alltag und bei der Arbeit eher wenig vorhanden seien. In der Hauptsache sei die Explorandin durch die reduzierte Erholung und die Erschöpfung eingeschränkt, wobei die Morbus Bechterew Erkrankung selbst auch mit einer Fatigue-Symptomatik einhergehen könne.

Zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde/Diagnosen wurde angegeben, die folgende Beurteilung berücksichtige die subjektive Beschwerdeüberzeugung und die daraus folgende Verdeutlichungstendenz. Die Explorandin sollte in der Lage sein, pünktlich zur Arbeit und zu Terminen zu erscheinen und Verabredungen einzuhalten. Sie sei in der Lage, den Tagesablauf zu strukturieren sowie ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Arbeit/Pflichterfüllung und Erholung zu erkennen. Die Explorandin sei aufgrund der zwischenmenschlichen Problematik im Rahmen der Persönlichkeitsstörung leicht vermindert fähig, sich umzustellen, sich neuen Situationen anzupassen, insbesondere wenn dies zwischenmenschliche Kontakte beinhalte. Kognitiv sollte es ihr möglich sein, umzuschalten, so habe sie auch die kognitive Flexibilität in der kognitiven Basistestung (COGBAT) im Durchschnittsbereich gezeigt. Die Explorandin sollte in der Lage sein, die den Rollenerwartungen entsprechenden fachlichen Kompetenzen zu realisieren. Sie könne Zusammenhänge erfassen und sachbezogene Schlüsse daraus ziehen. Aufgrund der Symptomatik der Persönlichkeitsstörung könnten jedoch Schlussfolgerungen gezogen werden, die nicht unmittelbar aus der Sache zu erklären seien. Die Explorandin lasse sich dann von innerpsychischen Faktoren leiten. Die Durchhaltefähigkeit sei gerade im kognitiven Bereich vermindert, die Explorandin habe einen erhöhten Pausenbedarf, die kognitive Leistung könne nicht konstant über einen gesamten Tag aufrechterhalten werden. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei allenfalls leichtgradig vermindert. Es könne aufgrund der Persönlichkeitsstörung zu einer leichten Beeinträchtigung in diesem Bereich, zum Beispiel in einer Gruppe, kommen. Die Explorandin sei seit 15 Jahren verheiratet, sie bezeichne die Beziehung als gut und habe eine enge Beziehung zur Tochter. Sie sei also in der Lage, enge emotionale Bindungen einzugehen und diese aufrechtzuerhalten. Die Fähigkeit zur Selbstpflege und die Verkehrsfähigkeit seien nicht wesentlich beeinträchtigt. Aus rheumatologischer Sicht habe die Explorandin bereits angemessene Strategien gefunden, den Beschwerden entgegenzuwirken. Sie nehme Analgetika zur Nacht fix ein und auch ein schmerzdistanzierendes Antidepressivum. Im Alltag lasse sich kein Vermeidungsverhalten feststellen, während der Untersuchung zeige sich kein Aggravationsverhalten oder eine Symptomverdeutlichung. Die Explorandin habe einen Ausbildungsgrad, der ihr die Durchführung leichter Bürotätigkeiten ermögliche. Sie werde gestützt und getragen durch ihre Familie. Hinsichtlich der Coxarthrose habe sie einen guten Beitrag leisten können durch ihre Gewichtsreduktion. Sie habe die Motivation und Ausdauer, regelmässig zur Fitness zu gehen. Therapeutisch gebe es Behandlungsspielraum zur Optimierung der Schmerzsituation.

Zu relevanten Persönlichkeitsaspekten wurde dargelegt, die Persönlichkeit der Explorandin sei geprägt durch die Symptomatik der Persönlichkeitsstörung. Sie sei eher zurückhaltend, im sozialen Kontakt misstrauisch, benötige einige Zeit, um andere Menschen an sich heranzulassen. Sie sei eher negativistisch eingestellt, pessimistisch, neige zu einer überzogenen Wahrnehmung der Beeinträchtigungen im Rahmen von hohen Anforderungen an sich selbst. Dies bilde sich dann in einer ausgeprägten Verdeutlichungstendenz in der Untersuchung ab. Die Explorandin schätze ihre eigene Leistungsfähigkeit deutlich schlechter ein, als dies die Leistungswerte in der kognitiven Basistestung COGBAT zeigten. Die Explorandin habe hohe Leistungsanforderungen an sich und ein hohes Pflichtbewusstsein, was auch eine Ressource sein könne.

Die Konsistenzprüfung lautete wie folgt: Die Beeinträchtigungen bestünden in weitgehend allen Lebensbereichen. Die Explorandin habe entsprechend ihrem Leiden Therapien durchgeführt, das Zustandsbild habe sich gebessert und sie habe die psychiatrische Behandlung im November 2018 beenden können. Im Juli 2019 habe sie dann mit der Behandlung wieder begonnen. Eine Psychopharmakotherapie habe sie bis 2018 erhalten. Es bestünden Hinweise auf eine subjektiv verstärkte Beschwerdenwahrnehmung. Die beiden Performancevalidierungen im Alternativverfahren zeigten Auffälligkeiten, eine Performancevalidierung habe Werte nahe dem Zufallsbereich ergeben, was fast einem mnestischen Totalausfall gleichkomme, im COGBAT habe die Explorandin jedoch eine Gedächtnisleistung im unteren Bereich des Durchschnitts bis unterdurchschnittlich gezeigt. Andere kognitive Leistungswerte seien hingegen im Durchschnittsbereich gelegen, sodass nicht von einer bewussten Vortäuschung auszugehen sei. Auch habe sich die subjektive Einschätzung der geistigen Leistungsfähigkeit mit einem Prozentrang von zwei nahe einem Totalausfall gezeigt, was deutlich different zu den übrigen kognitiven Leistungen gewesen sei. Es sei im Rahmen einer hohen Leistungsanforderung an sie selbst von einer Insuffizienzüberzeugung mit daraus folgender Verdeutlichungstendenz auszugehen. Bei der Beurteilung könne daher nicht auf die subjektive Einschätzung der Explorandin abgestellt werden. Dennoch erschienen die Beschwerden und Funktionseinbussen unter Berücksichtigung dieser subjektiv verstärkten Beschwerdenwahrnehmung und der daraus folgenden Verdeutlichungstendenz konsistent und plausibel, die Untersuchungsergebnisse seien valide und nachvollziehbar. Aus rheumatologischer Sicht sei angesichts der einzelnen orthopädischen und gar keinen rheumatologischen Konsultationen davon auszugehen, dass der Leidensdruck diesbezüglich bisher nicht übermäßig gewesen sei. Dazu passten auch die Angaben der Explorandin, die selbst von einem langsam schleichenden Beginn spreche und mit bislang kaum Einschränkungen im Alltag und bei der Arbeit. Die Probleme bezögen sich weitaus mehr auf eine Erschöpfung wegen der Nachtschmerzen, als dass die Explorandin durch den Rücken in allen Belangen der Freizeit eingeschränkt wäre, solange sie die Positionen wechseln könne. Lange Wanderungen mit der Familie seien z.B. nicht ausgeschlossen. Einschränkungen bei der Verwendung des Computers hinsichtlich der beklagten Arthralgien der Finger bestünden nicht, genauso wenig wie beim Kochen mit Gemüserüsten.

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde Folgendes angegeben: Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 %, aus rheumatologischer Sicht eine solche von 75 %. Die Arbeitsunfähigkeiten addierten sich nicht, sodass insgesamt eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % resultiere. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit wurde dargelegt, aus rheumatologischer Sicht bestehe auch in

einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 75 %. Bei der Tätigkeit der Explorandin handle es sich bereits um eine leichte Tätigkeit, bei welcher sie die Positionen frei wählen könne. In einer Tätigkeit mit niedrigen Anforderungen an die kognitive Leistungsfähigkeit bestehe aus rein psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es sei daher insgesamt in einer angepassten Tätigkeit von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 25 % auszugehen (IV-Nr. 135 S. 55 ff.).

5.11 In ihrer Stellungnahme zum Gutachten vom 7. Mai 2021 hielten der behandelnde Psychiater und die behandelnde Psychologin fest, die Persönlichkeitsproblematik, die rezidivierende depressive Erkrankung sowie die kognitiven Leistungseinschränkungen seien bestätigt worden. Es bestehe die Notwendigkeit einer Rezidivprophylaxe. Was die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit betreffe, so sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit mit den gegebenen psychiatrischen Erkrankungen und den kognitiven Leistungseinschränkungen auch in einer angepassten Tätigkeit, z.B. im Bereich der Sachbearbeitung, nicht gegeben. Mit der aktuellen Tätigkeit als Sachbearbeiterin in einem Pensum von 60 % stosse die Patientin bereits an ihre Leistungsgrenzen. Es sei davon auszugehen, dass bei einem höheren Pensum die Kompensationsmöglichkeiten nicht ausreichen würden und mit einer Verschlechterung des Zustandes zu rechnen wäre (IV-Nr. 140).

5.12 RAD-Ärztin Dr. med. I. \_\_\_ äusserte sich in ihrer Stellungnahme vom 26. Mai 2021 dahingehend, die Teilgutachten der Dres. med. K. \_\_\_ und G. \_\_\_ seien ausführlich und sorgfältig. Die Beschwerden seien umfassend abgeklärt worden. Die diagnostischen Überlegungen seien nachvollziehbar. Die Vorakten seien zur Kenntnis genommen und kritisch gewürdigt worden. Die Schlussfolgerungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit seien im Konsens formuliert und begründet worden. Für die Beurteilung des Leistungsanspruchs könne auf das Gutachten abgestellt werden. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Projektmitarbeiterin bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 26. Juli 2016 (Eintritt in die Klinik B. \_\_\_) bis 13. Juli 2017, eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % vom 14. Juli bis 15. Dezember 2017, eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % vom 16. Dezember 2017 bis 16. Mai 2018, eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % vom 17. Mai 2018 bis 15. Juli 2018 und eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % vom 16. Juli 2018 bis 30. November 2018. Die Arbeitsunfähigkeit vom 24. Oktober 2016 bis 30. November 2018 sei vom behandelnden Psychiater attestiert worden. Ab dem 1. Dezember 2018 werde die Beurteilung des Gutachters übernommen. Eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % bestehe andauernd seit dem 1. Dezember 2018. In einer angepassten Tätigkeit könne für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zwischen dem 24. Oktober 2016 und 30. November 2018 auf die Angaben des Behandlers abgestellt werden. Vom 1. Dezember 2018 bis 2. Dezember 2020 bestehe keine Arbeitsunfähigkeit, seit dem 3. Dezember 2020 (Datum des rheumatologischen Teilgutachtens) eine solche von 25 % (IV-Nr. 142 S. 2).

5.13 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens nahm der psychiatrische Gutachter Dr. med. L. \_\_\_ mit Schreiben vom 14. Dezember 2021 dahingehend Stellung, die Testergebnisse seien eigentlich weitgehend im Gutachten enthalten. Die Ergebnisse der «Hamilton Depressions-Skala» seien auf S. 32 des Gutachtens wiedergegeben worden. Auch das Ergebnis des Tests «Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form» sei im Gutachten auf S. 32 ff. enthalten. Die Ergebnisse des «Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen (Mini-ICF-APP)» seien dem Gutachten auf S. 33 ff. zu entnehmen. Die Ergebnisse der kognitiven Basistestung «COGBAT» gingen auf S. 37 ff. des Gutachtens hervor. Als

Beschwerdenvalidierungsverfahren seien der «TOMM» und der «MSVT» durchgeführt worden. Auch enthalte der «MMPI-2-RF» und der «FLEI» als Teil des «COGBAT» Validitätsskalen. Bei Beschwerdenvalidierungsverfahren bestehe ein Testschutz; bezüglich deren Ergebnisse sei auf S. 37 des Gutachtens zu verweisen. In Bezug auf Beschwerdenvalidierungsverfahren sei Folgendes zu zitieren: es bestehe «die Möglichkeit der gezielten Vorbereitung des Probanden auf die gutachtliche Situation ( ). Dabei kann sich eine Person eigenständig insbesondere mithilfe im Internet verfügbarer Quellen vorbereiten oder auch durch eine dritte Person, etwa einen Anwalt, gezielt angeleitet werden. Dass beide Wege beschritten werden, ist in der internationalen Literatur hinlänglich belegt. ( ) Daneben sind es vor allem Internetmedien bestimmter Anwälte und Interessengruppen, die gezielte Anleitungen zum ■ aus Sicht des Probanden ■ bestmöglichen Bestehen einer gutachtlichen Situation liefern. ( ) Eine nähere Beschreibung der Testverfahren selbst sollte jedoch zur Erschwerung einer missbräuchlichen Nutzung nicht erfolgen». Demnach könne er, Dr. med. G.\_\_\_\_, bezüglich der Beschwerdenvalidierung keine weiteren Angaben machen. Die durchgeführten Verfahren seien hier genannt worden; die Ergebnisse seien dem Gutachten zu entnehmen (IV-Nr. 159).

#### **E. 6.1.1**

Die Beschwerdegegnerin sprach der Beschwerdeführerin mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 21. September 2022 eine befristete ganze Invalidenrente vom 1. Mai 2017 bis 31. März 2018 und eine befristete Dreiviertelsrente vom 1. April 2018 bis 31. Oktober 2018 zu und verneinte einen weitergehenden Rentenanspruch ab 1. November 2018. Zur Begründung wurde im Wesentlichen dargelegt, aus medizinischer Sicht seien folgende Arbeitsunfähigkeiten als IT- und TK-Systemkauffrau/Diplom-Informatikerin (BA) mit Studienrichtung Medienproduktion festgestellt worden: Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 31. Mai 2016 bis 13. Juli 2017, Arbeitsunfähigkeit von 80 % vom 14. Juli 2017 bis 15. Dezember 2017, Arbeitsunfähigkeit von 60 % vom 16. Dezember 2017 bis 16. Mai 2018, Arbeitsunfähigkeit von 40 % vom 17. Mai 2018 bis 15. Juli 2018, Arbeitsunfähigkeit von 20 % vom 16. Juli 2018 bis 30. November 2018 und Arbeitsunfähigkeit von 30 % ab 1. Dezember 2018. Die Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit decke sich mit der vorerwähnten Auflistung der Zeitabschnitte, einzig ab 1. Dezember 2018 werde eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % und ab 3. Dezember 2020 eine solche von 25 % angenommen. Nach Ablauf des gesetzlichen Wartejahres im Mai 2017 bestehe aufgrund der zunächst bestehenden vollständigen Erwerbsunfähigkeit Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Der Gesundheitszustand habe sich im Verlauf jedoch gebessert. Die Verbesserung des Gesundheitszustands vom 16. Dezember 2017 führe zur Reduktion der ganzen Rente auf eine Dreiviertelsrente mit Wirkung ab April 2018. Die erneute Verbesserung des Gesundheitszustands vom 17. Mai 2018 bis 15. Juli 2018 werde nicht berücksichtigt, da diese weniger als drei Monate gedauert habe. Ab dem 16. Juli 2018 sei es wieder möglich, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Der Rentenanspruch entfalle folglich ab November 2018. Gemäss den Akten sei die Beschwerdeführerin seit Dezember 2018 in einem Pensum von 60 % als Sachbearbeiterin Marketing und Kommunikation tätig. Damit müsste es ihr möglich sein, ein Erwerbseinkommen von CHF 60'798.00 (recte: CHF 60'198.00) zu erzielen, was zu einem nicht mehr Renten begründenden Invaliditätsgrad von 30 % führe. Zu den Einwänden wurde im Wesentlichen ausgeführt, dem bidisziplinären Gutachten der Dres. med. F.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ vom 23. April 2021 komme voller Beweiswert zu. Der psychiatrische Administrativgutachter habe in seiner Stellungnahme vom 14. Dezember 2021 (vgl. E. II. 5.13 hiervor) die Richtigkeit der

im psychiatrischen Teilgutachten gemachten Angaben zu den durchgeführten Tests bestätigt. Es bestehe kein Anspruch auf Herausgabe der originalen Testunterlagen. Eine Beweisuntauglichkeit des rheumatologischen Teilgutachtens vom 3. Dezember 2020 (Untersuchung vom 21. September 2020) oder des psychiatrischen Teilgutachtens vom 23. April 2021 (Untersuchungen vom 18. Februar und 1. März 2021) liege nicht vor (IV-Nr. 168; vgl. Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

#### **E. 6.1.2**

Die Beschwerdeführerin lässt demgegenüber geltend machen, sie habe Anspruch auf eine befristete ganze Invalidenrente ab 1. Mai 2017 sowie auf eine unbefristete Viertelsrente ab 1. Februar 2019; eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, eine weitere Begutachtung in den Disziplinen Rheumatologie, Psychiatrie und Neuropsychologie zu initiieren. Zur Begründung wird im Wesentlichen ausgeführt, die Gutachten der Dres. med. K.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ seien nicht beweistauglich. Beim rheumatologischen Teilgutachten sei zu kritisieren, dass die Rheumatologin mit den Diagnosen eines lumbospondylo-genen Schmerzsyndroms bei aktivierter Spondylarthropathie beidseits sowie degenerativen Veränderungen und einer Spondylarthropathie Typ Bechterew Diagnosen mit erheblichem Krankheitswert stelle. Unverständlich sei, dass die Gutachterin die Coxarthrose rechts sowie das Schulterimpingement beidseits unbegründet als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einstufe. Im Weiteren bestünden erhebliche entzündliche und mechanische Rückenschmerzen, welche Schlafstörungen verursachten. Ferner sei eine Morbus-Bechterew assoziierte Fatigue-Symptomatik vorhanden. Offensichtlich seien diese Einschränkungen bei der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht hinreichend berücksichtigt worden. Wie vor dem Hintergrund des geschilderten Schmerzbildes sowie der bestehenden Fatigue ein Pensum von 75 % möglich sein solle, sei nicht nachvollziehbar, zumal keine Aggravationstendenz bestehe. Die Beschwerdeführerin sei mit ihrem 60%-Pensum bereits am Anschlag und brauche die restliche Zeit zur Erholung, ansonsten sie dekompenriere. Qualifiziert beweisuntauglich sei auch das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_. Hauptkritikpunkt sei, dass sich der Gutachter nicht mit der Entwicklung der diagnostizierten psychischen Krankheit in der Vergangenheit und den Gründen hinsichtlich der jeweiligen Exazerbation auseinandergesetzt habe. Der psychiatrische Gutachter bestätige das Vorliegen einer leichten kognitiven Störung und schliesse hieraus auf eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sowie eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in leichter, leidensangepasster Tätigkeit. Im Weiteren gehe Dr. med. L.\_\_\_\_ davon aus, dass die Persönlichkeitsstörung leicht ausgeprägt sei und dass die depressive Störung remittiert sei. Diese Befunderhebung und die Diagnosestellung erwiesen sich als verharmlosend. Die Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung könne nicht einzig gestützt auf die kognitive Störung erfolgen, sondern müsse das gesamte psychische Beschwerdebild miteinbeziehen. Es sei insbesondere danach zu fragen, was hinsichtlich der Berufstätigkeit zu vermeiden sei, um Exazerbationen zu verhindern. In Bezug auf die kognitive Störung sei zu kritisieren, dass hier offensichtlich eine separate neuropsychologische Begutachtung hätte stattfinden müssen. Dr. med. G.\_\_\_\_ fehlten die erforderlichen fachlichen Anforderungen, um solche Testungen vorzunehmen bzw. die Auswirkungen einer kognitiven Einschränkung seriös beurteilen zu können. Auch sonst sei die Beschwerdesymptomatik nicht korrekt beurteilt worden. Betrachte man die Arbeitsverhältnisse der Beschwerdeführerin in der Vergangenheit, sei festzustellen, dass sie nirgends länger angestellt gewesen sei. Dr. med. G.\_\_\_\_ ordne diese Umstände zu Recht der Persönlichkeitsstörung zu. Immer dann, wenn die Beschwerdeführerin einer Kadertätigkeit

nachgegangen sei, habe das psychische Beschwerdebild exazerbiert, die Stelle sei verloren gegangen und die Beschwerdeführerin habe sich wieder stationären Aufhalten und ambulanten Therapien unterziehen müssen. So zuletzt auch in ihrer Tätigkeit im C.\_\_\_\_. Die Beschwerdeführerin habe in Deutschland ein Studium im Bereich Informatik und Marketing absolviert. Es handle sich hierbei um eine Kadertätigkeit mit entsprechend hohen Anforderungen an die kognitiven Fähigkeiten einerseits sowie an das zwischenmenschliche Verhalten andererseits. Dies sei von Dr. med. G.\_\_\_\_ jedoch nicht hinreichend berücksichtigt worden. Im Gegensatz dazu habe der behandelnde Psychiater D.\_\_\_\_ diese Umstände erkannt. Er sei zu Recht der Auffassung, dass die Kadertätigkeit in den Bereichen IT und Marketing aufgrund der psychischen Symptomatik und der Persönlichkeitsstörung nicht mehr zumutbar sei. Anhand der durchgeführten Tests und Befunde sei nicht nachvollziehbar, wie Dr. med. L.\_\_\_\_ jegliche depressive Symptomatik verneinen könne. Seine Beurteilung zu den Testergebnissen sei widersprüchlich. Abgesehen davon, dass der Gutachter seine Beurteilung mit keiner Silbe begründe, erscheine die Fremdbeurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_ anhand der zuvor erhobenen Befunde als krass verharmlosend. Er weigere sich, die Testergebnisse im Original herauszugeben. Dies lasse nur den Schluss zu, dass zwischen den Unterlagen und dem Gutachten Divergenzen bestünden. Im Übrigen sei Dr. med. G.\_\_\_\_ offensichtlich vorurteilsbehaftet und es fehle ihm an der notwendigen Objektivität. Dass die Performancevalidierungen nach den Angaben des Gutachters Auffälligkeiten zeigten, werde bestritten. Die Insuffizienzüberzeugung der Beschwerdeführerin bei gleichzeitig hoher Leistungsanforderung sei Ausdruck der allseits attestierten Persönlichkeitsstörung. Diese Faktoren seien miteinzubeziehen. Vergleiche man das Anforderungsprofil im Bereich Marketing mit den auch vom Gutachter zugestandenen kognitiven Einschränkungen sowie der aus der Persönlichkeitsstörung fließenden Limitationen, so ergebe sich ohne Weiteres, dass eine solche Kadertätigkeit nicht mehr zumutbar sei. Dies auch nicht im von Dr. med. L.\_\_\_\_ postulierten Umfang von 70 %. Dessen Gutachten basiere offensichtlich auf einer fehlenden Auseinandersetzung mit dem Tätigkeitsprofil in der angestammten Tätigkeit. Daraus gehe auch eine unzutreffende Anamneseerhebung und ■würdigung hervor. Der RAD behaupte einfach pauschal, dass das Gutachten beweiskräftig sei, was aber nicht der Fall sei. Auszugehen sei vielmehr von einer maximal 60%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Verweistätigkeit sowie einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (Beschwerde, S. 2 ff. Ziff. 5 bis 12).

6.2 Zunächst ist festzuhalten, dass das von der Beschwerdegegnerin am 18. Mai 2020 veranlasste bidisziplinäre (rheumatologische und psychiatrische) Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_ und Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 23. April 2021 (IV-Nr. 135 S. 2 ff. und 137 S. 5 ff.) in Kenntnis der Vorakten erstellt wurde und auf allseitigen fachärztlichen Untersuchungen vom 21. September 2020 sowie 18. Februar und 1. März 2021 beruht. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden wurden durch die Gutachter berücksichtigt und in ihre Beurteilung einbezogen. Die Expertise konnte sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Die einzelnen Teilgutachter geben jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben der Beschwerdeführerin und die erhobenen Befunde wieder. Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit hergeleitet. Zu früheren ärztlichen Einschätzungen in den medizinischen Vorakten wurde ■ soweit möglich ■ Stellung genommen. Schliesslich wird eine Gesamtbeurteilung unter Berücksichtigung beider Disziplinen vorgenommen und am Schluss werden die gestellten Fragen beantwortet. Sowohl das Gesamt- als auch die beiden

Teilgutachten tragen die Unterschriften der beteiligten Teilgutachter. Inhaltlich gelangen diese und das Gesamtgutachten zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. F.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) gerecht.

6.3 Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. L.\_\_\_\_ habe aufgrund der von ihm vorgenommenen Testungen das Vorliegen einer leichten kognitiven Störung bestätigt, der Gutachter verfüge aber nicht über die erforderlichen fachlichen Anforderungen, um solche Testungen vorzunehmen bzw. die Auswirkungen einer kognitiven Einschränkung seriös beurteilen zu können (Beschwerde, S. 8 ff. Ziff. 6), ist Folgendes festzuhalten:

Es ist grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen Facharztes, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen. Eine neuropsychologische Abklärung stellt lediglich eine Zusatzuntersuchung dar, welche bei begründeter Indikation in Erwägung zu ziehen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_752/2018 vom 12. April 2019 E. 5.3 mit Hinweisen). Eine Indikation für eine neuropsychologische Begutachtung geht weder aus der Stellungnahme des RAD vom 9. Januar 2020 noch aus dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. L.\_\_\_\_ vom 23. April 2021 hervor. Während der RAD ausschliesslich eine bidisziplinäre, d.h. psychiatrische und rheumatologische, Begutachtung empfahl (vgl. IV-Nr. 99 S. 4), gab der psychiatrische Teilgutachter unter dem Titel «Zusatzbefunde» an, er habe die kognitive Basistestung «COGBAT» durchgeführt. Das Test-Set «COGBAT» diene der Klärung des kognitiven Status von Patienten mit neurologischen und/oder psychischen Erkrankungen, wobei die Erhebung von Dimensionen aus den Bereichen Aufmerksamkeit, Gedächtnis, exekutive Funktionen und Verarbeitungsgeschwindigkeit erfolge (IV-Nr. 135 S. 38). Der Gutachter wies darauf hin, dabei handle es sich nicht um eine vollständige neuropsychologische Untersuchung (IV-Nr. 135 S. 50). Es gilt hier zu beachten, dass mit diesem Testverfahren der kognitive Status einer Person möglichst umfassend (breit), aber auch möglichst zeitökonomisch erfasst werden soll. COGBAT wird häufig dann eingesetzt, wenn eine neuropsychologische Untersuchung bisher aus Zeitgründen nicht routinemässig durchgeführt wurde bzw. eine spezifische neuropsychologische Expertise nicht vorhanden ist (vgl. <https://marketplace.schuhfried.com/de/COGBAT-S1>). Ist hier demnach nicht von einer vollständigen neuropsychologischen Untersuchung, sondern von einer psychiatrischen Begutachtung mit COGBAT als zusätzlicher kognitiver Basistestung («Screening-Instrument») auszugehen, vermag der Umstand, dass Dr. med. L.\_\_\_\_ gemäss dem Eintrag im Medizinalberuferegister ausschliesslich über einen Weiterbildungstitel im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie und keine Aus- oder Weiterbildung im neuropsychologischen Bereich verfügt (vgl. Beschwerdebeilage [BB] 4), den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht zu schmälern. Der Hinweis der Beschwerdeführerin auf das Urteil des Versicherungsgerichts vom 19. Februar 2021 (VSBES.2019.229) führt zu keinem anderen Ergebnis, da diesem Urteil ein anderer Sachverhalt zu Grunde liegt. In diesem Fall ordnete die Beschwerdegegnerin u.a. ausdrücklich eine (vollständige) neuropsychologische Begutachtung an (vgl. S. 2 E. I. 1.2), wobei das Gericht im erwähnten Urteil zum Schluss kam, das neuropsychologische Teilgutachten des begutachtenden Psychiaters stelle sich mangels ausgewiesener fachlicher Qualifikation als nicht beweiswertig heraus (vgl. S. 15 ff. E. II. 3.3.7 ff.). Eine solche

Konstellation liegt hier nicht vor. Eine neuropsychologische Begutachtung wurde weder von der Beschwerdegegnerin veranlasst (vgl. IV-Nr. 102, 118 und 123) noch von der Beschwerdeführerin verlangt (vgl. deren Stellungnahmen vom 25. Februar und 26. Mai 2020 [IV-Nr. 108, 121 und 122]). Dass Dr. med. L. \_\_\_ im Rahmen der durchgeführten psychiatrischen Begutachtung mittels der kognitiven Basistestung «COGBAT» einen Zusatzbefund zur Klärung des kognitiven Status der Beschwerdeführerin erhob, die dabei gewonnenen Ergebnisse würdigte und diese in seine Begutachtungsergebnisse miteinfließen liess (vgl. IV-Nr. 135 S. 38 ff.), liegt in seinem Ermessen und ist daher nicht zu beanstanden. Es besteht kein Hinweis, dass der Gutachter fachlich nicht in der Lage gewesen wäre, die Testergebnisse korrekt zu interpretieren und einzuordnen. Die fachlichen Mindestanforderungen gemäss dem IV-Rundschreiben Nr. 367 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 21. August 2017 gelten für die Durchführung von (vollständigen) neuropsychologischen Begutachtungen, nicht für die Erhebung von Zusatzbefunden mittels eines Screening-Instruments im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung (vgl. BB 3). Da hier keine (vollständige) neuropsychologische Begutachtung durchgeführt wurde, kann dem Einwand der Beschwerdeführerin, dem psychiatrischen Teilgutachter Dr. med. L. \_\_\_ fehlten die fachlichen Voraussetzungen, nicht gefolgt werden.

6.4 Die Beschwerdeführerin macht im Weiteren geltend, Hauptkritik am psychiatrischen Gutachten von Dr. med. L. \_\_\_ sei, dass dieser sich nicht mit der Entwicklung der Krankheit in der Vergangenheit und den Gründen hinsichtlich der jeweiligen Exazerbation der psychischen Erkrankung auseinandergesetzt habe. Die Befunderhebung und Diagnosestellung erwiesen sich als verharmlosend. Tatsächlich sei von einer noch relevanten Symptomatik der depressiven Störung und von einer sich im Alltag erheblich schwerer auswirkenden Persönlichkeitsstörung auszugehen, als dies der Gutachter wahrhaben wolle (vgl. Beschwerde, S. 7 f. Ziff. 5).

Dazu ist festzuhalten, dass Dr. med. L. \_\_\_ aufgrund seiner Untersuchungen vom 18. Februar und 1. März 2021 und der Würdigung der medizinischen Vorakten (vgl. Aktenauszug, IV-Nr. 135 S. 7 ff.) sowie nach einer vertiefenden Befragung der Beschwerdeführerin hinsichtlich der aktuellen Beschwerden und des Verlaufs und nach Berücksichtigung der Anamnesen (IV-Nr. 135 S. 25 ff.) die Befunde erhob, als Zusatzbefunde verschiedene Untersuchungen und Testverfahren durchführte und gestützt darauf die Diagnosen «rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4)» und «ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6)» stellte. Im Rahmen der Herleitung der Diagnosen legte der psychiatrische Teilgutachter nachvollziehbar und detailliert dar, zum Zeitpunkt der Untersuchung sei nach ICD-10 kein depressives Syndrom mehr vorhanden gewesen. Die Beschwerdeführerin habe angegeben, ihre Grundstimmung sei wechselhaft, und ein Interessen- oder Freudeverlust sei nicht vorhanden gewesen. Die Beschwerdeführerin interessiere sich für Fotografie und empfinde bei dieser Tätigkeit auch Freude. Der Antrieb sei unauffällig gewesen. Für eine Besserung der depressiven Symptomatik spreche auch, dass die antidepressive Medikation im Jahr 2018 beendet worden sei (IV-Nr. 135 S. 44). Im Weiteren gab der psychiatrische Gutachter an, eine Persönlichkeitsproblematik bestehe bei der Beschwerdeführerin seit dem Jugendalter. Bereits im Alter von 17 Jahren habe sie einen Suizidversuch unternommen und dem beruflichen Lebenslauf könne entnommen werden, dass es häufig zu Stellenwechseln gekommen sei. Der Gutachter legte nachvollziehbar dar, insgesamt sei nach ICD-10 von einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung leichten Ausmasses auszugehen. Im

Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung führte der Gutachter sodann aus, die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin sei geprägt durch die Symptomatik der Persönlichkeitsstörung. Sie sei eher negativistisch eingestellt, pessimistisch und neige zu einer überzogenen Wahrnehmung der Beeinträchtigungen im Rahmen der hohen Anforderungen an sich selbst. Sie schätze ihre eigene Leistungsfähigkeit deutlich schlechter ein, als dies die Leistungswerte in der kognitiven Basistestung «COGBAT» gezeigt hätten. Die antidepressive psychopharmakologische Behandlung sei im Jahr 2018 beendet worden. Das depressive Zustandsbild habe sich seit Mitte/Ende 2018 gebessert und aktuell liege keine depressive Symptomatik vor. Die Beschwerdeführerin habe dann im Juli 2019 die Behandlung wieder aufgenommen. Den vorliegenden Berichten könne eine leichte bis mittelgradige depressive Symptomatik entnommen werden (IV-Nr. 135 S. 46 f.). Der psychiatrische Gutachter führte sodann aus, es bestünden Hinweise auf eine subjektiv verstärkte Wahrnehmung der Beschwerden. Auf die subjektive Einschätzung der Beschwerdeführerin könne nicht abgestellt werden. Dennoch erschienen die Beschwerden und Funktionseinbussen unter Berücksichtigung dieser subjektiv verstärkten Beschwerdenwahrnehmung und der daraus folgenden Verdeutlichungstendenz konsistent und plausibel; die Untersuchungsergebnisse seien valide und nachvollziehbar (IV-Nr. 135 S. 47 f.). Sodann setzte sich der Gutachter mit den Angaben des behandelnden Psychiaters auseinander und gab an, es sei zu vermuten, dass zu sehr auf die Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt worden sei. Der Gutachter stellte aufgrund der vorerwähnten kognitiven Basistestung eine leichte neuropsychologische Störung fest, weshalb in der Tätigkeit als Fachfrau für Marketing und Kommunikation, welche ein hohes Mass an kognitiver Leistungsfähigkeit erfordere, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % gegeben sei. In einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit, also einer Tätigkeit ohne hohe Anforderungen an die kognitive Leistungsfähigkeit, bestehe keine wesentliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 135 S. 48 ff.).

Angesichts dieser, aus einer umfassenden Begutachtung hervorgegangenen Untersuchungsergebnisse kann nicht gesagt werden, Dr. med. G.\_\_\_\_ habe sich nicht mit der Entwicklung der Krankheit in der Vergangenheit und den Gründen hinsichtlich der jeweiligen Exazerbationen der psychischen Erkrankung auseinandergesetzt. Der Verlauf der aktuell remittierten rezidivierenden depressiven Störung sowie der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung leichten Ausmasses wurde eingehend und detailliert beschrieben und der Gutachter zeigte die seit dem Jugendalter bestehende Persönlichkeitsproblematik und die Umstände in Bezug auf die eingetretenen depressiven Störungen auf, welche sich unter regelmässiger psychotherapeutischer und antidepressiver psychopharmakologischer Behandlung bis Ende 2018 weitgehend zurückgebildet hatten. Im Weiteren setzte er sich mit den bestehenden Fähigkeiten und Ressourcen der Beschwerdeführerin auseinander (vgl. IV-Nr. 135 S. 51). Es besteht kein Hinweis, dass die Befunderhebung und Diagnosestellung des psychiatrischen Teilgutachters als «verharmlosend» qualifiziert werden müsste, wie dies von der Beschwerdeführerin geltend gemacht wird. Dr. med. G.\_\_\_\_ stellte vielmehr fest, die Beschwerdeführerin selber habe in der gutachterlichen Untersuchung angegeben, die Medikation (Trittico und Fluoxetin) bereits im Jahr 2018 abgesetzt zu haben. Die Aussage, dass trotz antidepressiver Medikation von November 2018 bis Sommer 2019 eine chronisch depressive Symptomatik bestanden habe, sei daher nicht nachzuvollziehen und widerspreche auch dem Bericht des behandelnden Psychiaters im Bericht vom 14. November 2018, in welchem eine deutliche Verbesserung der depressiven Symptomatik beschrieben worden sei. Es sei daher zu

vermuten, dass zu sehr auf die Angaben der Explorandin abgestellt worden sei (IV-Nr. 135 S. 50). Die Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_, wonach aus psychiatrischer Sicht gestützt auf das Ergebnis der kognitiven Basistestung in der bisherigen Tätigkeit als Fachfrau für Marketing und Kommunikation eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von 30 % bestehe und in einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit, d.h. einer Tätigkeit ohne hohe Anforderungen an die kognitive Leistungsfähigkeit, keine wesentliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit erkannt werden könne, ist nachvollziehbar und überzeugt, weshalb ihr zu folgen ist. Es gilt zu beachten, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Darüber hinaus lässt die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten medizinischen Experten andererseits es nicht zu, ein Administrativgutachten stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige ■ und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende ■ Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_806/2021 vom 5. Juli 2022 E. 5.1. und 9C\_672/2019 vom 12. August 2020 E. 5.7., je mit Hinweisen). Solche Aspekte sind hier nicht ersichtlich. Es besteht auch kein Hinweis, dass die Expertise von Dr. med. G.\_\_\_\_ nicht lege artis erstellt worden wäre.

6.5 Die Beschwerdeführerin bringt im Weiteren vor, Dr. med. L.\_\_\_\_ sei offensichtlich nicht in der Lage gewesen, die bei der Beschwerdeführerin vorliegende Beschwerdesymptomatik korrekt zu beurteilen. Jene sei in der Vergangenheit nirgends länger angestellt gewesen. Immer dann, wenn die Beschwerdeführerin einer Kadertätigkeit nachgegangen sei, sei eine Exazerbation des psychischen Beschwerdebilds eingetreten, die Stelle sei verloren gegangen und die Beschwerdeführerin habe sich wieder stationären Aufenthalten und ambulanten Therapien unterziehen müssen. So zuletzt auch in ihrer Tätigkeit im C.\_\_\_\_. Die Problematik betreffend zwischenmenschliche Beziehungen aufgrund der Persönlichkeitsstörung sowie die Insuffizienzüberzeugung bei gleichzeitig hoher Leistungsanforderung an sich selbst seien von Dr. med. L.\_\_\_\_ bei der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht miteinbezogen worden. Die bisherige Kadertätigkeit im Marketing und IT-Bereich sei nicht mehr zumutbar. Im Gegensatz dazu habe der behandelnde Psychiater D.\_\_\_\_ diese Umstände erkannt und gehe auf das Tätigkeitsprofil eingehend ein (vgl. Beschwerde, S. 10 ff. Ziff. 7 und 9 bis 11).

Dazu ist festzuhalten, dass auch der behandelnde Psychiater D.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 14. November 2018 feststellte, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich verbessert, es bestehe eine leichte depressive Symptomatik und deswegen noch eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit von zwischen 60 und 80 % (ca. 6 bis 7 Stunden pro Tag) sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Fachfrau Marketing und Kommunikation als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit (IV-Nr. 89; vgl. E. II. 5.1 hiervor). Mit Bericht vom 30. Januar 2019 teilte der behandelnde Psychiater mit, seit Januar 2019 bestehe keine Arbeitsunfähigkeit mehr. Die Beschwerdeführerin habe die psychotherapeutische/psychiatrische Behandlung abgeschlossen (IV-Nr. 90; vgl. E. II. 5.2

hiervor). Gemäss dem Bericht vom 18. Oktober 2019 nahm die Beschwerdeführerin die psychotherapeutische Behandlung (2-Wochen-Rhythmus) bei der behandelnden Psychologin im Sommer 2019 wieder auf (IV-Nr. 96; vgl. E. II. 5.5 hiervor). Nach dem Bericht vom 28. Februar 2020 arbeitet sie derzeit als Sachbearbeiterin Marketing und Kommunikation in der E.\_\_\_\_ AG mit einem 60%-Pensum. Es sei davon auszugehen, dass die Tätigkeit als Sachbearbeiterin dem Gesundheitszustand angepasst sei und die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation weiterhin ein solches Pensum bestreiten könne. Aus psychiatrischer Sicht sei sie aktuell und auch künftig einer Tätigkeit mit mehr fachlichen Anforderungen und grösserer Verantwortung nicht gewachsen. Es bestehe weiterhin die Gefahr einer psychischen Destabilisierung bei grösserem Druck und einer Verschlechterung der depressiven und Angstsymptomatik (IV-Nr. 110; vgl. E. II. 5.7 hiervor). Im Bericht vom 6. Oktober 2020 wurde angegeben, der Gesundheitszustand sei seit dem 29. April 2020 stationär und die Beschwerdeführerin befinde sich nach wie vor in regelmässiger psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung. Obwohl die Tätigkeit als Sachbearbeiterin mit wenig Verantwortung nicht der höheren Ausbildung der Beschwerdeführerin entspreche, stosse sie an ihre Leistungsgrenzen und sie erlebe häufig emotionalen Stress. Mit dem ihrem Gesundheitszustand angepassten Pensum von 60 % könne sie ihre beruflichen Aufgaben gemäss eigenen Angaben und bisherigen Rückmeldungen von Vorgesetzten in genügender Qualität erfüllen. Eine Stelle mit einem höheren Pensum als 60 % sei nicht zumutbar (IV-Nr. 128; vgl. E. II. 5.9 hiervor). Diese Angaben wurden mit Bericht vom 7. Mai 2021 bestätigt, wobei noch darauf hingewiesen wurde, die Kompensationsmöglichkeiten würden bei einem höheren Pensum nicht ausreichen, mit einer Verschlechterung des Zustands wäre zu rechnen (IV-Nr. 140; vgl. E. II. 5.11 hiervor).

Dr. med. G.\_\_\_\_ nahm zur Einschätzung des behandelnden Psychiaters dahingehend Stellung, bezüglich des Ausmasses der Persönlichkeitsstörung finde man differente Angaben in den Akten. In den Berichten des behandelnden Psychiaters vom 29. April 2020 und 6. Oktober 2020 werde geschildert, dass die Persönlichkeitsstörung «einen gewichtigen Krankheitswert» habe und «sich als mitverantwortlich für die Entstehung und Aufrechterhaltung der rezidivierenden Affekterkrankung» zeige (vgl. E. II. 5.8 und 5.9 hiervor). Es sei jedoch eher von einer leichten Persönlichkeitsstörung auszugehen, da das Funktionsniveau der Explorandin nicht so schlecht sei, auch bilde sich die Persönlichkeitsstörung nicht ausgeprägt im Beziehungsbereich ab (IV-Nr. 135 S. 48). Es sei nicht nachvollziehbar, dass sich die zunächst attestierte volle Arbeitsfähigkeit vor dem Hintergrund der im Bericht vom 14. November 2018 beschriebenen deutlichen Besserung nun auf ein Pensum von 60 % beziehe. Es sei zu vermuten, dass zu sehr auf die Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt worden sei (IV-Nr. 135 S. 50). Diese sei aufgrund der zwischenmenschlichen Problematik im Rahmen der Persönlichkeitsstörung leicht vermindert fähig, sich umzustellen und sich neuen Situationen anzupassen, insbesondere wenn dies zwischenmenschliche Kontakte beinhalte. Kognitiv sollte es ihr möglich sein umzuschalten und die den Rollenerwartungen entsprechenden fachlichen Kompetenzen zu realisieren. Sie könne Zusammenhänge erfassen und sachbezogene Schlüsse daraus ziehen (IV-Nr. 135 S. 51). Dementsprechend setzte der psychiatrische Gutachter die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit auf 70 % (ganztägige Präsenz am Arbeitsplatz mit einer kognitiv eingeschränkten Leistungsfähigkeit von ca. 30 %) und in einer angepassten Verweistätigkeit auf 100 % fest (IV-Nr. 135 S. 52 f.).

Die oben wiedergegebene Beurteilung des psychiatrischen Teilgutachters und seine Auseinandersetzung mit den abweichenden Angaben des behandelnden Psychiaters sind nachvollziehbar und überzeugen. Dem Einwand der Beschwerdeführerin, die Problematik betreffend zwischenmenschliche Beziehungen und die Insuffizienzüberzeugung aufgrund der Persönlichkeitsstörung sei von Dr. med. G.\_\_\_\_ bei der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit offensichtlich nicht miteinbezogen worden, kann nicht gefolgt werden. Wie erwähnt, ist nach den gutachterlichen Angaben nur von einer leichten Ausprägung der Persönlichkeitsstörung auszugehen, welche die Ausübung der bisherigen Tätigkeit als Fachfrau für Kommunikation und Marketing nicht ausschliesst. So ist die Beschwerdeführerin nach den gutachterlichen Angaben weiterhin in der Lage, die den Rollenerwartungen entsprechenden fachlichen Kompetenzen zu realisieren. Bei der unterschiedlichen Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit gilt es zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärzte erfahrungsgemäss im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_720/2021 vom 23. Februar 2022 E. 5.5 mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin durfte dem Gutachten von Dr. med. L.\_\_\_\_ rechtsprechungsgemäss höheren Beweiswert beimessen als den Berichten des behandelnden Psychiaters. Konkrete Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der Expertise des psychiatrischen Teilgutachters sprechen, sind nicht ersichtlich (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_528/2021 vom 11. Februar 2022 E. 4.2 mit Hinweisen; vgl. E. II. 4.2 hiervor).

6.6 Die Beschwerdeführerin bringt im Weiteren vor, im Rahmen der testpsychologischen Zusatzuntersuchungen werde festgehalten, die MMPI-2-Testung (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form) sei interpretierbar und beschreibe den Zustand zutreffend. Anhand dieses Tests und der Befunde sei nicht nachvollziehbar, wie Dr. med. L.\_\_\_\_ jegliche depressive Symptomatik verneinen könne. Seine Beurteilung zu den Testergebnissen sei widersprüchlich. Widersprüchlich stünden diese Angaben auch zur Hamilton Depressions-Skala. Die Beurteilung im Fremdbeurteilungsinstrument «Mini-ICF-Rating» erscheine als krass verharmlosend. Aufgrund der krassen Widersprüche bei den Testbefunden sei die Beschwerdegegnerin ersucht worden, bei Dr. med. G.\_\_\_\_ die originalen Testergebnisse anzufordern. Letzterer habe sich jedoch geweigert, diese herauszugeben (vgl. Beschwerde, S. 14 ff. Ziff. 8).

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann einem testmässigen Erfassen von Psychopathologien im Rahmen der psychiatrischen Exploration generell nur ergänzende Funktion beigemessen werden, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ausschlaggebend ist. Es liegt im Ermessen der medizinischen Fachperson, ob sie psychologische Tests durchführen will. Da den Experten bei der Wahl der Methode zur Erstellung des Gutachtens ein grosses Ermessen zukommt, kann nicht gesagt werden, dass nur die Anwendung einer Methode zulässig ist. Massgebend ist vielmehr, dass das Gutachten gesamthaft gesehen nachvollziehbar begründet und überzeugend ist (Urteile des Bundesgerichts 9C\_728/2018 vom 21. März 2019 E. 3.3 und 8C\_466/2017 vom 9. November 2017 E. 5.1, je mit Hinweisen). Das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ ist gesamthaft gesehen nachvollziehbar begründet und überzeugt. Die aus den testpsychologischen Zusatzuntersuchungen (Hamilton Depressions-Skala, MMPI-2-RF, Mini-ICF-APP-Rating, Beschwerdenuvalidierung, COGBAT; vgl. IV-Nr. 135 S. 33 ff.) gewonnenen Erkenntnisse

vermögen den Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens nicht in Frage zu stellen, zumal ihnen wie erwähnt bloss ergänzende Beweisfunktion zukommt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_663/2021 vom 9. Februar 2022 E. 5.6.5 mit Hinweisen). Die von der Beschwerdeführerin im Rahmen der MMPI-2-RF-Testung abgegebenen Antworten in Bezug auf Symptome, Persönlichkeitsmerkmale und psychische Verfassung sowie die aus dem Mini-ICF-APP-Rating hervorgegangenen psychopathologischen Einschränkungen genügen nicht, um die Beurteilung des Gutachters zu relativieren, zumal die Auswertung der Hamilton Depressions-Skala kein depressives Syndrom ergab und sich in zwei unabhängig voneinander durchgeführten Performancevalidierungsverfahren deutliche Hinweise auf eine verminderte Anstrengungsbereitschaft zeigten (vgl. IV-Nr. 135 S. 33 ff.). Nach den gutachterlichen Angaben schätzt die Beschwerdeführerin ihre eigene Leistungsfähigkeit deutlich schlechter ein, als dies die Leistungswerte in der kognitiven Basistestung COGBAT zeigten (vgl. IV-Nr. 135 S. 46).

Sodann ergibt sich nach ständiger Rechtsprechung aus Art. 29 Abs. 2 BV kein Anspruch auf Einsicht in rein interne Akten, die für die interne Meinungsbildung bestimmt sind und welchen kein Beweischarakter zukommt. Dementsprechend besteht auch im Rahmen einer Begutachtung grundsätzlich kein Anspruch auf Einsicht in die der internen Meinungsbildung dienenden Notizen des Gutachters oder generell in das Gutachten vorbereitende Arbeitsunterlagen, wie Hilfsmittel für die Erstellung eines Gutachtens, etwa schriftliche Aufzeichnungen über Testergebnisse oder andere Befunde. Das Gericht kann indessen zum Beizug solcher Dokumente verpflichtet sein, wenn dies im Einzelfall zur Überprüfung der Grundlagen und Schlussfolgerungen eines Gutachtens angezeigt erscheint (Urteile des Bundesgerichts 8C\_787/2021 vom 23. März 2022 E. 9.2.2, 9C\_718/2019 vom 13. August 2020 E. 4.2.4 und 8C\_466/2017 vom 9. November 2017 E. 4.1.2, je mit Hinweisen). Für die Herausgabe bzw. den Beizug der originalen Testergebnisse, wie dies von der Beschwerdeführerin verlangt wird, besteht kein Anlass. Dr. med. G. \_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 14. Dezember 2021 fest, die Testergebnisse seien eigentlich weitgehend im Gutachten enthalten (vgl. E. II. 5.13 hiervor). Dem ist beizupflichten (vgl. IV-Nr. 135 S. 33 ff.). Auf den Einwand der Beschwerdeführerin, die originalen Testunterlagen sollten ediert werden, um prüfen zu können, ob diese im Gutachten richtig rapportiert worden seien, ist nicht weiter einzugehen. Dabei handelt es sich um eine blosser Vermutung der Beschwerdeführerin, für die keine konkreten Anhaltspunkte bestehen. Aufgrund der Stellungnahme des psychiatrischen Teilgutachters vom 14. Dezember 2021 auf dessen Voreingenommenheit zu schliessen, kann nicht nachvollzogen werden. Es bestehen keine objektiven Gründe für den Anschein einer Voreingenommenheit oder Befangenheit. Der Gutachter legte unter Hinweis auf die entsprechende Fachliteratur dar, weshalb bei Beschwerdevalidierungsverfahren die Herausgabe von Unterlagen nicht möglich sei und weshalb er dazu keine weiteren Angaben machen könne. Damit besteht kein Raum für die Annahme einer Beweisuntauglichkeit des psychiatrischen Teilgutachtens.

## **E. 7**

7.1 Die Beschwerdeführerin macht hinsichtlich des rheumatologischen Teilgutachtens geltend, die Rheumatologin stelle Diagnosen mit erheblichem Krankheitswert. Unverständlich sei, dass die Gutachterin in der Diagnostik die Coxarthrose rechts sowie das Schulterimpingement beidseits ohne Begründung als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingestuft habe. Die Gutachterin erkenne grundsätzlich zutreffend, dass

erhebliche entzündliche und mechanische Rückenschmerzen bestünden, die in ausgeprägter Weise den Schlaf der Beschwerdeführerin störten. Erkannt worden sei auch, dass eine Morbus Bechterew assoziierte Fatigue-Symptomatik bestehe. Offensichtlich seien diese Einschränkungen bei der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit dann aber nicht hinreichend berücksichtigt worden. Wie vor dem Hintergrund des geschilderten Schmerzbildes sowie der bestehenden Fatigue ein Pensum von 75 % ausgeführt werden solle, sei nicht nachvollziehbar. Die Beschwerdeführerin sei mit ihrem 60%-Pensum bereits an der Grenze des Zumutbaren angelangt und brauche die restliche Zeit zur Erholung, ansonsten sie dekompenziere (Beschwerde, S. 4 ff. Ziff. 4). Die Schmerzen begleiteten sie den ganzen Tag, was von der Gutachterin zu Unrecht nicht berücksichtigt worden sei (Beschwerde, S. 20 Ziff. 12).

7.2 Die rheumatologische Teilgutachterin Dr. med. K.\_\_\_\_ stellte aufgrund ihrer Untersuchung vom 21. September 2020 die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eines lumbospondylogenen Schmerzsyndroms (ICD-10 M54) bei aktivierter, linksseitig erosiver hypertropher Spondylarthropathie beidseits bei foraminal reichender Diskusprotrusion mit Riss des Anulus fibrosus mit Tangierung der extraforaminalen Wurzel L5 beidseits rechtsbetont ohne Wurzelbedrängung sowie einer Spondylarthropathie, Typ Bechterew (ICD-10 M45), entzündlicher Rückenschmerz mit Beginn vor dem 45. Lebensjahr, leichte inflammatorische ISG-Arthropathie rechts sowie Arthralgien und Enthesen-Schmerzen, mit nachgewiesenen diskreten Enthesio-/Tendinopathien (Arthro-MRI Hüfte, Knie Ultraschall). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine beginnende Coxarthrose rechts (ICD-10 M16) sowie ein Status nach Schulterimpingement beidseits (ICD-10 M75), anamnestisch Status nach Schulterarthroskopie, aktuell geringe Bursitis subdeltoidea beidseits, DD im Rahmen der Spondylarthropathie, angegeben. Zur Coxarthrose wurde festgehalten, die familiär bedingte leichte Coxarthrose habe in den Untersuchungen vom August 2008 ein beginnendes Stadium aufgewiesen, ein femoroacetabuläres Impingement habe in der Untersuchung jedoch nicht ausgelöst werden können. Es habe sich auch keine Bewegungseinschränkung gefunden, die Viererzeichen seien seitengleich gewesen und es habe keine Schwellung über dem rechten Hüftgelenk im Seitenvergleich bestanden. Inwieweit die Coxarthrose bei wenig Belastung überhaupt symptomatisch sei, sei fraglich. Insgesamt habe es kaum Angaben (allenfalls Steifigkeit) von typischen Beschwerden gegeben (IV-Nr. 137 S. 22 und 24). Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung legte die rheumatologische Gutachterin dar, hinsichtlich der Coxarthrose habe die Beschwerdeführerin einen guten Beitrag durch ihre Gewichtsreduktion leisten können. Therapeutisch gebe es Behandlungsspielraum zur Optimierung der Schmerzsituation (IV-Nr. 137 S. 27). Angesichts dieses fachärztlichen Untersuchungsergebnisses kann dem Einwand der Beschwerdeführerin, es sei unverständlich, dass die Coxarthrose rechts als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingestuft worden sei, nicht gefolgt werden. Es gilt zu beachten, dass die rheumatologische Gutachterin bei der Befunderhebung im Bereich des Beckengürtels weitgehend unauffällige Hüftverhältnisse feststellte (vgl. IV-Nr. 137 S. 18) und die Schmerzen behandelt werden können. Es ist daher nicht ersichtlich, inwieweit die Coxarthrose in qualitativer Hinsicht einen Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin haben sollte.

7.3 Für den von Dr. med. F.\_\_\_\_ ebenfalls diagnostizierten Status nach Schulterimpingement beidseits gilt nichts Anderes. Auch bei der Befunderhebung im

Bereich des Schultergürtels konnte die rheumatologische Gutachterin weitgehend unauffällige Verhältnisse feststellen (IV-Nr. 137 S. 18). Die ultrasonographische Untersuchung der Schulter zeigte weder relevante Rupturen der Rotatorenmanschette noch eine Flüssigkeitsvermehrung glenohumeral (IV-Nr. 137 S. 21). Überdies stellte die rheumatologische Gutachterin allgemein fest, angesichts der einzelnen orthopädischen und gar keinen rheumatologischen Konsultationen sei davon auszugehen, dass der Leidensdruck diesbezüglich bisher nicht übermässig gewesen sei. Dazu passten auch die Angaben der Beschwerdeführerin, die selbst von einem langsamen schleichenden Beginn spreche mit bislang kaum Einschränkungen im Alltag und bei der Arbeit (IV-Nr. 137 S. 26). Bei der vertiefenden Befragung wurden von der Beschwerdeführerin offenbar keine Schulterschmerzen angegeben (vgl. IV-Nr. 137 S. 13). Es ist daher nicht ersichtlich, weshalb der diagnostizierte Status nach Schulterimpingement beidseits (anamnestisch St.n. Schulterarthroskopie, aktuell geringe Schleimbeutelentzündung, vgl. IV-Nr. 137 S. 22) eine relevante Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin haben sollte. Es besteht im Weiteren auch kein Hinweis, dass die festgestellten rheumatologischen Einschränkungen, die entzündlichen und mechanischen Rückenschmerzen, welche den Schlaf der Beschwerdeführerin bereits seit einiger Zeit stören, sowie die im Zusammenhang mit der Morbus Bechterew-Erkrankung stehende reduzierte Erholung und Erschöpfung bei der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht genügend berücksichtigt worden wären. So gab die Beschwerdeführerin selbst an, langes Sitzen, Stehen und Gehen seien zwar schmerzverstärkende Faktoren, in Abwechslung seien diese Arbeitspositionen jedoch möglich. Computerarbeiten (Verwendung der Computermouse und Tastatur) seien teilweise möglich, wobei sie manchmal Pausen benötige (IV-Nr. 137 S. 14). Angesichts des von der Beschwerdeführerin beschriebenen Schmerzcharakters (unterschiedlicher, meist ziehender dauerhafter Schmerz; «Anlaufsteifigkeit», «Morgensteifigkeit») ist zwar von einer gewissen funktionellen Einschränkung auszugehen, unter Berücksichtigung der von ihr angegebenen Strategien zur Schmerzbewältigung (Bewegung, Sauna, Medikamente; Hände massieren, dreimal pro Woche zum Muskelaufbau im Fitness Center; IV-Nr. 137 S. 14), ihrer weiteren Aktivitäten (zwei- bis dreimal pro Woche Sport nach der Arbeit, Vorkochen für den nächsten Tag, Erweiterung des Sportabonnements für Sauna und Schwimmen, Haushaltstätigkeiten [z.B. Boden wischen, Lavabo/Toilette putzen, Küchenbereich putzen, Geschirrspüler ein- und ausräumen, Wäsche waschen, Betten machen, IV-Nr. 137 S. 16 f.) und der vorausgesetzten Arbeitsplatzbedingungen (höhenverstellbarer Tisch, selbstständiges Einlegen von Pausen [kumulativ 2 Std. pro Tag inkl. Mittagspause]) kann die von Gutachterin aus rheumatologischer Sicht attestierte Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit in Höhe von 75 % (6.5 Stunden pro Tag) nachvollzogen werden. Konkrete Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit des rheumatologischen Teilgutachtens sprechen würden, sind nicht ersichtlich.

8. Nach dem Gesagten ist auf die von den beiden Teilgutachtern im Rahmen der Gesamtbeurteilung ermittelte Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % in der bisherigen Tätigkeit und 75 % in einer angepassten Verweistätigkeit abzustellen. Nach den überzeugenden gutachterlichen Angaben handelt es sich bei der aktuellen, seit 1. Dezember 2018 ausgeübten Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Sachbearbeiterin Marketing und Kommunikation bei der E. \_\_\_ AG bereits um eine adaptierte, leichte Tätigkeit, bei der sie die Arbeitspositionen frei wählen kann (vgl. IV-Nr. 135 S. 65). Die gutachterlichen Untersuchungsergebnisse werden auch von der RAD-Ärztin Dr. med. I. \_\_\_ vorbehaltlos

bestätigt, wonach das bidisziplinäre Gutachten ausführlich und sorgfältig erarbeitet und die Beschwerden umfassend abgeklärt worden seien. Die diagnostischen Überlegungen seien nachvollziehbar. Die Vorakten seien zur Kenntnis genommen und kritisch gewürdigt worden, die Schlussfolgerungen bezüglich der attestierten Arbeitsfähigkeit im Konsens formuliert und begründet worden. Für die Beurteilung des Leistungsanspruchs könne auf das Gutachten abgestellt werden. Die RAD-Ärztin setzte die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Projektmitarbeiterin rückwirkend aufgrund der Angaben des behandelnden Psychiaters vom 14. November 2018 auf 100 % vom 26. Juli 2016 (Eintritt in die Klinik B.\_\_\_\_) bis 13. Juli 2017, auf 80 % vom 14. Juli 2017 bis 15. Dezember 2017, auf 60 % vom 16. Dezember 2017 bis 16. Mai 2018, auf 40 % vom 17. Mai 2018 bis 15. Juli 2018 und auf 20 % vom 16. Juli 2018 bis 30. November 2018 fest (vgl. IV-Nr. 89 S. 2). Ab 1. Dezember 2018 übernahm sie die Beurteilung des psychiatrischen Teilgutachtens (andauernde Arbeitsunfähigkeit von 30 % ab 1. Dezember 2018; vgl. IV-Nr. 135 S. 52). Im Weiteren stellte die RAD-Ärztin zur Festsetzung der Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit rückwirkend ebenfalls auf die obgenannten Angaben des behandelnden Psychiaters ab und setzte die Arbeitsunfähigkeit vom 1. Dezember 2018 bis 2. Dezember 2020 gemäss psychiatrischem Teilgutachten auf 0 % und diejenige ab 3. Dezember 2020 (Datum des rheumatologischen Gutachtens) auf 25 % fest (IV-Nr. 142 S. 2; vgl. IV-Nr. 89 S. 2, 135 S. 52 und 65 und 137 S. 27 f.). Die Festsetzung der vorerwähnten Arbeits(un)fähigkeiten erweist sich als korrekt. Im Folgenden ist der Einkommensvergleich vorzunehmen:

## **E. 9**

9.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59 und 135 V 297 E. 5.1 S. 300 f.).

Im vorliegenden Fall absolvierte die Beschwerdeführerin von 2000 bis 2002 eine Ausbildung zur IT-Systemkauffrau und von 2003 bis 2006 ein Studium im Bereich Medieninformatik (vgl. IV-Nr. 10 und 46). Ab 1. November 2015 war sie als «Projektmitarbeiterin Kommunikation» mit einem Arbeitspensum von 60 % im C.\_\_\_\_ tätig (IV-Nr. 53 S. 6, 94 S. 3). Diese Anstellung wurde vom Arbeitgeber auf Ende Mai 2017 aufgelöst. Im Kündigungsschreiben vom 6. Februar 2017 wurde festgehalten, dass eine Rückkehr in die bisherige Tätigkeit auch nach Erlangen der vollen Arbeitsfähigkeit nicht mehr möglich sein werde (IV-Nr. 97 S. 22). Demnach wurde das Valideneinkommen korrekterweise gestützt auf die Tabellenwerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) festgesetzt, da davon auszugehen ist, dass die Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit als Projektmitarbeiterin auch im Gesundheitsfall nicht fortgesetzt hätte. Eine Hochrechnung des bei dieser Tätigkeit erzielten Verdienstes auf ein 100%-Pensum fällt auch deshalb nicht in Betracht, weil unklar ist, ob diese Tätigkeit überhaupt in einem 100%-Pensum hätte ausgeübt werden können. Die Ermittlung des Valideneinkommens anhand der LSE-Tabellenwerte wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht

bestritten. Die Beschwerdegegnerin ermittelte gestützt auf die LSE 2016 ein Valideneinkommen von CHF 84'793.00 (Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Ziff. 62 bis 63 [Informationstechnologie und Informationsdienstleistungen], Niveau 3 [Komplexe praktische Tätigkeiten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen], Frauen [CHF 6'766.00]; angepasst an die Nominallohnentwicklung [2016: 104.5, 2017: 105.7] und die betriebliche wöchentliche Arbeitszeit von durchschnittlich 41.3 Stunden pro Woche; vgl. IV-Nr. 168 S. 6 bzw. A.S. 5).

Die Beschwerdeführerin macht geltend, beim Valideneinkommen sei von einer Niveau-4-Tätigkeit in der angestammten Tätigkeit auszugehen. Dies begründet sie damit, sie habe mit der Ausbildung zur Diplom-Informatikerin Medienproduktion eine Ausbildung absolviert, die mindestens einem Bachelor-Abschluss entspreche. Die Beschwerdegegnerin verkenne, dass sie zusätzliche Weiterbildungen absolviert habe, wie Kurse im Bereich Marketing- und Öffentlichkeitsarbeit sowie Konflikt- und Projektmanagement. Für die Berücksichtigung einer Niveau-4-Tätigkeit sei sodann nicht vorausgesetzt, dass ein Masterabschluss oder überhaupt ein akademischer Titel vorhanden sei. Die Beschwerdeführerin habe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit im C.\_\_\_\_ im Jahr 2017 einen Lohn (hochgerechnet auf 100 %) von CHF 100'078.00 erzielt, was einer Niveau 4-Tätigkeit entspreche (Beschwerde, S. 21 f. Ziff. 13). Den vorliegend ins Recht gelegten Akten kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin im Zeitraum von 2000 bis 2015 verschiedene Aus- und Weiterbildungen absolvierte sowie unterschiedliche Erwerbstätigkeiten ausübte (vgl. IV-Nr. 2 S. 4 f., 10 S. 1 ff., 14 S. 1, 46, 93 S. 3, 94 S. 2 f. und 149). Vom 16. Februar 2015 bis 13. Juli 2015 war sie im Rahmen eines Projekteinsatzes am M.\_\_\_\_ tätig, wobei ihr Einsatz als Projektmitarbeiterin mit einem Pensum von 60 % im Bereich Marketing erfolgte. Während ihres Einsatzes nahm sie die Unterstützung der Projektleiterin wahr und war für selbstständig zu erledigende Koordinations-, Planungs- und Organisationsaufgaben verantwortlich (IV-Nr. 149 S. 30). Wie erwähnt arbeitete sie dann vom 1. November 2015 bis 31. Mai 2017 als «Projektmitarbeiterin Kommunikation» mit einem Arbeitspensum von 60 % im C.\_\_\_\_, [...] (IV-Nr. 53 S. 6, 94 S. 3 und 97 S. 22). Gemäss der Arbeitsbestätigung des Arbeitgebers vom 31. Mai 2017 umfasste das Arbeitsgebiet der Beschwerdeführerin nebst diversen administrativen Aufgaben (interne/externe Korrespondenz, Organigramme etc.) auch konzeptionelle Unterstützungsaufgaben im Auftrag der Klinikdirektorin. Ausserdem erstellte sie für die Stiftung Gefässmedizin einen Flyer und übernahm die Betreuung der Web-Seite (IV-Nr. 149 S. 29). Angesichts der von der Beschwerdeführerin absolvierten Ausbildung zur IT-Systemkauffrau (vgl. IV-Nr. 10 S. 1) und ihres abgeschlossenen Studiums im Bereich Medieninformatik (Diplom-Informatikerin [Berufsakademie], IV-Nr. 10 S. 2), ihrer bisherigen Erwerbstätigkeiten sowie der absolvierten Aus- und Weiterbildungen ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall weiterhin eine qualifizierte Tätigkeit ausgeübt hätte, die ein grosses Wissen in verschiedenen Gebieten voraussetzt. Solche Tätigkeiten sind in Übereinstimmung mit der Auffassung der Beschwerdegegnerin dem Kompetenzniveau 3 zuzuordnen. Angesichts des Aufgaben- und Verantwortungsbereichs in den zuletzt ausgeübten Stellen im M.\_\_\_\_ sowie im C.\_\_\_\_ erscheint die Anwendung des höchsten Kompetenzniveaus 4 (Tätigkeiten mit komplexer Problemlösung und Entscheidungsfindung, welche ein grosses Fakten- und theoretisches Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen) nicht als sachgerecht, zumal auch kein konkreter Anhaltspunkt ersichtlich ist, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall in eine höhere Leitungsfunktion oder in eine entsprechende Kaderposition

befördert worden wäre, welche die Zuordnung in das höchste Kompetenzniveau rechtfertigen würde. Das von der Beschwerdegegnerin gestützt auf die Tabellenwerte ermittelte Valideneinkommen für das Kompetenzniveau 3 von CHF 84'793.00 (ab 31. Mai 2017, nominallohnindexiert bis 2017) bzw. CHF 85'997.00 (ab 16. Juli 2018, nominallohnindexiert bis 2018) ist somit nicht zu beanstanden.

## E. 9.2

9.2.1 Bezüglich des Invalideneinkommens ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin am 1. Dezember 2018 eine unbefristete Tätigkeit als «Sachbearbeiterin Marketing und Kommunikation» in der Administration (Sekretariat) der E.\_\_\_\_ AG mit einem Arbeitspensum von 60 % aufnahm, wobei sie erklärte, sie könne aus gesundheitlichen Gründen kein höheres Arbeitspensum oder eine Kadertätigkeit ausüben (vgl. IV-Nr. 94 S. 3, 111). Gemäss den gutachterlichen Angaben ist die Beschwerdeführerin jedoch in der Lage, ihre bisherige Tätigkeit als «Projektmitarbeiterin Kommunikation» im Ausmass von 70 % (ab 1. Dezember 2018) und eine angepasste Verweistätigkeit ■ wie sie die aktuelle Tätigkeit als «Sachbearbeiterin Marketing und Kommunikation» darstellt ■ im Ausmass von 100 % (ab 1. Dezember 2018) bzw. 75 % (ab 3. Dezember 2020) auszuüben (IV-Nr. 135 S. 65). Somit ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit nicht vollständig ausnützt. Nach der Rechtsprechung ist für die Festsetzung des Invalideneinkommens primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkretsteht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der ■ kumulativ ■ besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, sowie das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn erscheint, gilt grundsätzlich der von ihr tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 126 V 75 E. 3b/aa S. 76). Hat sie nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können statistische Werte, insbesondere Tabellenlöhne nach der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen werden (BGE 135 V 297 S. 301 E. 5.2). Da die Beschwerdeführerin mit der am 1. Dezember 2018 aufgenommenen Teilzeitstelle als Sachbearbeiterin mit einem Arbeitspensum von lediglich 60 % ihre gutachterlich attestierte (Rest-)Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Projektleiterin von 70 % (ab 1. Dezember 2018) und in einer adaptierten Tätigkeit von 100 % (ab 1. Dezember 2018) bzw. 75 % (ab 3. Dezember 2020) nicht vollständig ausschöpft, ist auch das Invalideneinkommen nach den LSE-Tabellenwerten festzusetzen. Die Beschwerdegegnerin ermittelte Invalideneinkommen von CHF 16'959.00 ab 14. Juli 2017 (Arbeitsfähigkeit von 20 % gemäss medizinischer Beurteilung [20 % von CHF 84'793.00]), CHF 33'917.00 ab 16. Dezember 2017 (Arbeitsfähigkeit von 40 % gemäss medizinischer Beurteilung [40 % von CHF 84'793.00]), CHF 68'798.00 ab 16. Juli 2018 (Arbeitsfähigkeit von 80 % gemäss medizinischer Beurteilung [80 % von CHF 85'997.00]) und CHF 60'198.00 ab 1. Dezember 2018 (Arbeitsfähigkeit von 70 % gemäss medizinischer Beurteilung [70 % von CHF 85'997.00]). Sowohl die erwähnten Arbeitsfähigkeitsgrade als auch der Zeitpunkt ihres Eintritts wurden aus dem Bericht des behandelnden Psychiaters vom 14. November 2018 korrekt übernommen (IV-Nr. 89 S. 2; vgl. E. II. 5.1 hiervor).

9.2.2 Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann bei einer invaliden versicherten Person, der wegen ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung bloss noch leichte

Hilfstätigkeiten auszuüben vermag und das durchschnittliche Lohnniveau eines voll leistungsfähigen Hilfsarbeiters in der Regel nicht erreicht, ein Abzug von maximal 25 % gewährt werden. Der Abzug von 25 % kommt nicht generell und in jedem Fall zur Anwendung. Vielmehr ist anhand der gesamten Umstände des konkreten Falles zu prüfen, ob und in welchem Ausmass das hypothetische Einkommen als invalide Person zusätzlich reduziert werden muss. Dabei ist auch ein Abzug von weniger als 25 % denkbar (BGE 126 V 75 ff.). Ein leidensbedingter Abzug ist im Fall der Beschwerdeführerin nicht vorzunehmen. Den vorliegend nicht zu addierenden funktionellen psychiatrischen und rheumatologischen Einschränkungen (vgl. IV-Nr. 135 S. 65 Ziff. 4.6) wurde mit den attestierten Arbeitsunfähigkeiten in der bisherigen Tätigkeit von 80 % (ab 14. Juli 2017), 60 % (ab 16. Dezember 2017), 40 % (ab 17. Mai 2018), 20 % (ab 16. Juli 2018) und 30 % (ab 1. Dezember 2018) sowie mit derjenigen in adaptierter Tätigkeit von 25 % (ab 3. Dezember 2020) genügend Rechnung getragen; sie können hier nicht noch einmal berücksichtigt werden. Damit bleibt es bei den Invalideneinkommen von CHF 16'959.00 (ab 14. Juli 2017), CHF 33'917.00 (ab 16. Dezember 2017), CHF 68'798.00 (ab 16. Juli 2018) und CHF 60'198.00 (ab 1. Dezember 2018). Verglichen mit dem Valideneinkommen von CHF 84'793.00 bzw. CHF 85'997.00 (ab 16. Juli 2018) ergeben sich Invaliditätsgrade von 100 % ab 31. Mai 2017, 80 % ab 14. Juli 2017, 60 % ab 16. Dezember 2017, 20 % ab 16. Juli 2018 und 30 % ab 1. Dezember 2018. Die Verbesserung des Gesundheitszustands vom 16. Dezember 2017 führt zur Reduktion der ganzen Rente auf eine Dreiviertelsrente mit Wirkung ab 1. April 2018 (Art. 88a Abs. 1 IVV). Die erneute Verbesserung des Gesundheitszustands vom 17. Mai 2018 bis 15. Juli 2018 ist nicht zu berücksichtigen, da diese weniger als drei Monate gedauert hat. Ab dem 16. Juli 2018 ist es der Beschwerdeführerin möglich, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Der Rentenanspruch entfällt somit ab 1. November 2018. Demnach besteht nach Ablauf des gesetzlichen Wartejahres (vgl. IV-Nr. 97 S. 19) ein befristeter Anspruch auf eine ganze Rente vom 1. Mai 2017 bis 31. März 2018 und ein befristeter Anspruch auf eine Dreiviertelsrente vom 1. April 2018 bis 31. Oktober 2018 (Art. 28 Abs. 1 IVG; vgl. E. II. 2.1 hiervor).

10. Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 21. September 2022, womit der Beschwerdeführerin vom 1. Mai 2017 bis 31. März 2018 eine befristete ganze Invalidenrente und vom 1. April 2018 bis 31. Oktober 2018 eine befristete Dreiviertelsrente zugesprochen wurde, nicht zu beanstanden. Mit dem beweismässigen bidisziplinären (rheumatologischen und psychiatrischen) Gutachten der Dres. med. F. \_\_\_ und G. \_\_\_ vom 23. April 2021 wurde die Beschwerdeführerin umfassend und damit rechtsgenügend abgeklärt. Es besteht kein Anlass für weitere medizinische Abklärungen. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

### **E. 9.2.2**

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann bei einer invaliden versicherten Person, der wegen ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung bloss noch leichte Hilfstätigkeiten auszuüben vermag und das durchschnittliche Lohnniveau eines voll leistungsfähigen Hilfsarbeiters in der Regel nicht erreicht, ein Abzug von maximal 25 % gewährt werden. Der Abzug von 25 % kommt nicht generell und in jedem Fall zur Anwendung. Vielmehr ist anhand der gesamten Umstände des konkreten Falles zu prüfen, ob und in welchem Ausmass das hypothetische Einkommen als invalide Person zusätzlich reduziert werden muss. Dabei ist auch ein Abzug von weniger als 25 % denkbar (BGE 126 V 75 ff.). Ein

leidensbedingter Abzug ist im Fall der Beschwerdeführerin nicht vorzunehmen. Den vorliegend nicht zu addierenden funktionellen psychiatrischen und rheumatologischen Einschränkungen (vgl. IV-Nr. 135 S. 65 Ziff. 4.6) wurde mit den attestierten Arbeitsunfähigkeiten in der bisherigen Tätigkeit von 80 % (ab 14. Juli 2017), 60 % (ab 16. Dezember 2017), 40 % (ab 17. Mai 2018), 20 % (ab 16. Juli 2018) und 30 % (ab 1. Dezember 2018) sowie mit derjenigen in adaptierter Tätigkeit von 25 % (ab 3. Dezember 2020) genügend Rechnung getragen; sie können hier nicht noch einmal berücksichtigt werden. Damit bleibt es bei den Invalideneinkommen von CHF 16'959.00 (ab 14. Juli 2017), CHF 33'917.00 (ab 16. Dezember 2017), CHF 68'798.00 (ab 16. Juli 2018) und CHF 60'198.00 (ab 1. Dezember 2018). Verglichen mit dem Valideneinkommen von CHF 84'793.00 bzw. CHF 85'997.00 (ab 16. Juli 2018) ergeben sich Invaliditätsgrade von 100 % ab 31. Mai 2017, 80 % ab 14. Juli 2017, 60 % ab 16. Dezember 2017, 20 % ab 16. Juli 2018 und 30 % ab 1. Dezember 2018. Die Verbesserung des Gesundheitszustands vom 16. Dezember 2017 führt zur Reduktion der ganzen Rente auf eine Dreiviertelsrente mit Wirkung ab 1. April 2018 (Art. 88a Abs. 1 IVV). Die erneute Verbesserung des Gesundheitszustands vom 17. Mai 2018 bis 15. Juli 2018 ist nicht zu berücksichtigen, da diese weniger als drei Monate gedauert hat. Ab dem 16. Juli 2018 ist es der Beschwerdeführerin möglich, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Der Rentenanspruch entfällt somit ab 1. November 2018. Demnach besteht nach Ablauf des gesetzlichen Wartejahres (vgl. IV-Nr. 97 S. 19) ein befristeter Anspruch auf eine ganze Rente vom 1. Mai 2017 bis 31. März 2018 und ein befristeter Anspruch auf eine Dreiviertelsrente vom 1. April 2018 bis 31. Oktober 2018 (Art. 28 Abs. 1 IVG; vgl. E. II. 2.1 hiervor). 10. Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 21. September 2022, womit der Beschwerdeführerin vom 1. Mai 2017 bis 31. März 2018 eine befristete ganze Invalidenrente und vom 1. April 2018 bis 31. Oktober 2018 eine befristete Dreiviertelsrente zugesprochen wurde, nicht zu beanstanden. Mit dem beweismässigen bidisziplinären (rheumatologischen und psychiatrischen) Gutachten der Dres. med. F. \_\_\_ und G. \_\_\_ vom 23. April 2021 wurde die Beschwerdeführerin umfassend und damit rechtsgenügend abgeklärt. Es besteht kein Anlass für weitere medizinische Abklärungen. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

## **E. 11**

11.1 Ausgangsgemäss besteht kein Anspruch der Beschwerdeführerin auf Zusprechung einer Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG).

11.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis 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. Die Verfahrenskosten von CHF 600.00 sind der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen und mit dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss zu verrechnen.

Demnach wird erkannt:

### **Rechtsmittel**

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post

gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Schmidhauser

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