

UR_GERICHTE OG V 24 10 vom 21. Februar 2025

UR Obergericht, 2025-02-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ur_gerichte OG V 24 10

FR: UR_GERICHTE OG V 24 10 du 21 février 2025

IT: UR_GERICHTE OG V 24 10 del 21 febbraio 2025

Erwägungen

E. 1

Gegen Verfügungen, gegen welche eine Einsprache ausgeschlossen ist, kann Beschwerde an das kantonale Versicherungsgericht erhoben werden (Art. 56 Abs. 1 i.V.m. Art. 57 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Das Obergericht des Kantons Uri (Verwaltungsrechtliche Abteilung) ist sowohl sachlich (Art. 37 Abs. 1 Gesetz über die Organisation der richterlichen Behörden [Gerichtsorganisationsgesetz; GOG, RB 2.3221]) als auch örtlich (Art. 69 Abs. 1 lit. a

Seite 3 von 22

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]) zuständig. Die 30-tägige Beschwerdefrist (Art. 60 Abs. 1 ATSG) sowie die übrigen Formvorschriften (Art. 61 lit. b ATSG) wurden eingehalten. Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (Art. 59 ATSG). Auf die Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist einzutreten.

E. 2

Erst mit der Verwaltungsgerichtsbeschwerde reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht der Klinik X.____ vom 4. April 2024 ein.

E. 2.1

Das Sozialversicherungsrecht kennt keine Beweismittelbeschränkungen. Der in Art. 29 Abs. 2 Bundesverfassung (BV, SR 101) garantierte Anspruch auf rechtliches Gehör räumt den Betroffenen das persönlichkeitsbezogene Mitwirkungsrecht ein, erhebliche Beweise einzubringen, mit entsprechenden Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise mitzuwirken. Das Gericht hat rechtzeitig und formrichtig angebotene Beweismittel abzunehmen (BGE 138 V 125 E. 2.1, 127 I 54 E. 2b). Es besteht aber kein Anspruch der Verfahrensbeteiligten, jederzeit mit neuen Eingaben an die Rechtsmittelbehörde gelangen zu können. Aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 61 lit. c ATSG) und des Grundsatzes der richterlichen Rechtsanwendung kann sie aber auch unaufgefordert eingereichte Belege und unaufgeforderte Parteivorbringen berücksichtigen, soweit sie für die Entscheidung von Bedeutung sind.

E. 2.2

Zu unterscheiden von der prozessualen Frage nach der Berücksichtigung neuer Tatsachenbehauptungen und neuer Beweismittel im Rechtsmittelverfahren ist die materiellrechtliche Frage nach dem für den kantonalen und den letztinstanzlichen Richter massgeblichen Sachverhalt. Nach ständiger Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 144 V 210 E. 4.3.1).

Es sind also nicht die Verhältnisse im Zeitpunkt des Rechtsmittelentscheides massgebend (BGE 116 V 246 E. 1a mit Hinweisen). Deshalb sollen Tatsachen, die den Sachverhalt nach dem Verfügungszeitpunkt verändert haben, in der Regel Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung bilden (BGE 130 V 138 E. 2.1). Demgegenüber sind Tatsachen, die sich zwar erst nach Erlass der Verwaltungsverfügung verwirklicht, aber den massgeblichen Sachverhalt nicht verändert haben, insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Zusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGer 8C_506/2022 vom 21.06.2023 E. 4).

E. 2.3

Die obgenannte Stellungnahme datiert zwar nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung, bezieht sich jedoch hauptsächlich auf den Gesundheitszustand davor und kann im Rahmen des oben Gesagten berücksichtigt werden.

Seite 4 von 22

E. 3

Das kantonale Versicherungsgericht hat von Amtes wegen die für den Entscheid erheblichen Tatsachen festzustellen; es erhebt die notwendigen Beweise und ist in der Beweiswürdigung frei (Art. 61 lit. c ATSG). Sind zur Abklärung des Sachverhaltes zusätzliche Beweise erforderlich, werden sie von Amtes wegen erhoben (Art. 60 Abs. 1 Verordnung über die Verwaltungsrechtspflege [VRPV, RB 2.2345]).

E. 4

Die Beschwerdeführerin beantragt Massnahmen zur beruflichen Integration. Zur Begründung führt sie im Wesentlichen aus, es sei nach wie vor von einer reduzierten Arbeitsfähigkeit auszugehen und sie müsse sich dosiert in die Arbeitswelt wiedereingliedern können.

E. 4.1

Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte haben Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (Art. 8 Abs. 1 IVG). Die Eingliederungsmassnahmen bestehen in medizinischen Massnahmen, Beratung und Begleitung, Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung, Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe; vergleiche Art. 4a - 7 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]) und der Abgabe von Hilfsmitteln (Art. 8 Abs. 3 IVG).

E. 4.2

Anspruch auf Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung haben unter anderem Versicherte, die seit mindestens sechs Monaten zu mindestens 50 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) sind. Als Integrationsmassnahmen gelten gemäss Art. 14a Abs. 2 IVG gezielte, auf die berufliche Eingliederung gerichtete Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation (lit. a) und Beschäftigungsmassnahmen (lit. b).

E. 4.3

Integrationsmassnahmen sollen dazu dienen, bei denjenigen Versicherten, die aktuell nicht eingliederungsfähig sind oder deren Eingliederungsfähigkeit verloren zu gehen droht, die Eingliederungsfähigkeit herzustellen oder zu erhalten (BGE 137 V 1 E. 7.2.3). Sie sind mit anderen Worten darauf gerichtet, die Voraussetzungen zu schaffen, um Massnahmen beruflicher Art durchzuführen. Dabei soll die Lücke zwischen sozialer und beruflicher Integration geschlossen werden durch gezielte, auf die berufliche Eingliederung gerichtete Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation und durch Beschäftigungsmassnahmen (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 4. Aufl., Zürich 2022, Art. 14a N 1).

E. 4.4

Der Anspruch auf Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung sowie auf Massnahmen beruflicher Art entsteht frühestens im Zeitpunkt der Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG (Art. 10 Abs. 1 IVG).

Seite 5 von 22

E. 4.5

Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung erübrigen sich Integrationsmassnahmen, wenn sich die versicherte Person in einer Verweistätigkeit als uneingeschränkt arbeitsfähig erweist. Denn wenn jemand in einer "anderen zumutbaren" Arbeit arbeitsfähig ist, so ist er oder sie (in dieser Tätigkeit) bereits eingliederungsfähig und benötigt keine Integrationsmassnahmen mehr, um die Eingliederungsfähigkeit herzustellen. Es besteht kein Anlass, Massnahmen zur Ermöglichung einer beruflichen Eingliederung durchzuführen, wenn auch ohne solche Massnahmen eine berufliche Eingliederung bereits umgesetzt werden kann (BGE 137 V 1 E. 7.2.2 ff.).

E. 4.6

Invaliditätsfremde Faktoren vermögen keinen Anspruch auf berufliche Massnahmen der Invalidenversicherung zu begründen (BGer 9C_207/2018 vom 16.04.2018 E. 3.2.5). Zu letzteren zählen auch die Integrationsmassnahmen (vgl. auch den Verweis in Art. 14a Abs. 1 lit. a IVG auf Art. 6 ATSG).

E. 5.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

E. 5.2

Drohende Invalidität liegt vor, wenn der Eintritt einer Erwerbsunfähigkeit überwiegend wahrscheinlich ist. Der Zeitpunkt des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit ist unerheblich

(Art. 1novies IVV).

E. 5.3

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). Sogenannte invaliditätsfremde Faktoren fallen bei der Bestimmung der sozialversicherungsrechtlich relevanten Arbeitsfähigkeit demgegenüber grundsätzlich ausser Betracht. Sie können jedoch mittelbar invaliditätsbegründend wirken. Voraussetzung hierfür ist, dass sie zu einer Einschränkung der psychischen Integrität mit Folgen für die Arbeitsfähigkeit führen, dass sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder dessen Folgen verschlimmern (BGer 9C_311/2021 vom 23.09.2021 E. 4.2; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 6 N 10).

E. 5.4

Ein Burnout kann bei Personen mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen in psychosozialen Belastungssituationen auftreten. Es stellt (für sich allein besehen) grundsätzlich keinen

Seite 6 von 22

rechtserheblichen, invalidisierenden Gesundheitsschaden dar. Vielmehr steht es den invaliditätsfremden Faktoren nahe und begründet demzufolge nur ausnahmsweise eine Arbeitsunfähigkeit nach Art.

E. 6

Zu prüfen ist im Folgenden, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf Integrationsmassnahmen gemäss Art. 14a IVG hat.

E. 6.1

Wie zuvor dargelegt setzen Integrationsmassnahmen eine Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 6 ATSG von mindestens 50 Prozent während mindestens eines halben Jahres nicht nur im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich, sondern auch in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich, voraus. Ein Mindestinvaliditätsgrad ist jedoch nicht vorausgesetzt.

E. 6.2

Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stützen sich die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 140 V 193 E. 3.2, 132 V 93 E. 4, 125 V 256 E. 4).

E. 6.3

Der im Beschwerdeverfahren geltende Grundsatz der freien Beweiswürdigung bedeutet, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen 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 demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

E. 6.4

Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vergleiche die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen).

Seite 7 von 22

E. 6.4.1

Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 125 V 351 E. 3b/bb). Insbesondere lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu 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 (BGer 8C_549/2019 vom 26.11. 2019 E. 3.2).

E. 6.4.2

Der Umstand, dass ein Gutachten im Auftrag eines Krankentaggeldversicherers und somit nicht im Verfahren nach Art. 44 ATSG erstellt wurde, spricht nicht gegen dessen Beweiskraft für die Beurteilung des Rentenanspruchs gegenüber der Invalidenversicherung. Indessen sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit einer solchen Expertise, so sind – wie bei versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen (siehe hierzu nachstehende E. 6.4.3) – ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Einem "Fremdgutachten" kommt somit nicht von vornherein dieselbe Beweiskraft zu wie einer gerichtlich oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Expertise unabhängiger Sachverständiger (BGer 9C_89/2020 vom 18.06.2020 E. 4.2).

E. 6.4.3

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee, 122 V 157 E. 1c). Bei den Ausführungen von RAD-Ärzten ohne eigene Untersuchung (Art. 54a IVG und Art. 49 Abs. 1 IVV) handelt es sich hingegen lediglich um Empfehlungen zur weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens aus medizinischer Sicht (BGer 9C_405/2015 vom 18.01.2016 E. 5.1). In diesen würdigen RAD-Ärztinnen und -Ärzte die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht, ohne dass sie selber medizinische Befunde erheben. Solche RAD-Berichte vermögen sich einzig dazu zu äussern, ob der

Seite 8 von 22

einen oder anderen ärztlichen Ansicht zu folgen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGer 9C_839/2015 vom 02.05.2016 E. 3.3).

E. 6.4.4

Im Übrigen ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (vergleiche BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (BGer 8C_234/2021 vom 12.08.2021 E. 5.2).

E. 6.5

Bei psychischen Störungen resultiert unabhängig von der klassifikatorischen Einordnung einer Krankheit aus einer Diagnose – mit oder ohne diagnoseinhärenten Bezug zum Schweregrad – allein keine verlässliche Aussage über das Ausmass der mit dem Gesundheitsschaden korrelierenden funktionellen Leistungseinbusse. Entscheidend ist die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung. Bei dieser Folgenabschätzung ist die Diagnose Ausgangspunkt zur Beurteilung der Frage, ob ein Gesundheitsschaden im Sinne der klassifizierenden Merkmale überhaupt vorliegt (BGE 143 V 418 E. 6). Denn eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist. Die Diagnose muss zudem lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützt sein (BGE 143 V 418 E. 8.1, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und 6). Sämtliche psychischen Erkrankungen sind grundsätzlich einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418 E. 7.2). Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigegeben werden kann (BGE 143 V 418 E. 7.1).

E. 7

Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt (gemäss Aktendossier der Beschwerdegegnerin eingereicht mit der Beschwerdeantwort

[nachfolgend: BG-act. pag.]).

E. 7.1

Lic. phil. B.____, Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin hielt im Bericht zur Psychotherapie vom 30. Dezember 2022 fest, die Patientin sei seit Dezember 2021 bei ihr in psychotherapeutischer Begleitung, wo neben anderen Themen immer wieder auch ihre berufliche Situation im Vordergrund stehe. Obwohl es teilweise gelungen sei, deren Arbeitssituation zu verbessern und die hohen Ansprüche an sich selbst etwas zu reduzieren, sei sie immer wieder in Überforderungsgefühle verbunden mit einer depressiven Symptomatik geraten. Anfangs Dezember sei sie wieder in eine massive Krise geraten. Sie hätten über die Möglichkeit eines Klinikaufenthalts zur Erholung und Standortbestimmung

Seite 9 von 22

gesprächen. Eine Entlastung durch die (durch die Hausärztin erfolgte) Krankschreibung finde sie aus psychotherapeutischer Sicht sehr sinnvoll (BG-act. pag. 34).

E. 7.2

Im Hinblick auf eine Überweisung in eine stationäre Behandlung berichtete lic. phil. B.____ am 13. Januar 2023 zum bisherigen Verlauf der Psychotherapie. Seit 14. Dezember 2021 hätten 26 Sitzungen in 14-täglichem Abstand stattgefunden. Anlass seien Kindheitsthemen sowie der Wunsch nach einer Gewichtsreduktion gewesen. Von Beginn weg habe die Klientin von einer starken Überlastung an der Arbeit berichtet, seit sie 2018 die Geschäftsführung übernommen habe. Ab Herbst 2022 seien diese Überlastungsgefühle immer stärker geworden. Die Patientin habe panikartige Symptome beim Weg zur Arbeit beschrieben. Diagnostisch gehe sie von einer mittelgradigen depressiven Episode aus (ICD-10: F32.1). Da die Überlastung in den letzten Monaten so sehr im Vordergrund gestanden sei, hätten sie an keinen anderen Themen mehr arbeiten können. Die Möglichkeiten der ambulanten Behandlung seien zurzeit ausgeschöpft (BG-act. pag. 35).

E. 7.3

Dr. phil. C.____, Psychologin und Dr. med. D.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitende Ärztin Klinik Y.____, stellten im Austrittsbericht vom 23. Mai 2023 (stationäre Behandlung: 15.03. - 10.05.2023) folgende Diagnosen (nach ICD-10): Hauptdiagnose • mittelgradige depressive Episode (F32.1) Psychiatrische Nebendiagnosen • Burnout-Syndrome (Z73) • Ereignisse in der Kindheit, die den Verlust des Selbstwertgefühls zur Folge haben (Z61.3) Somatische Nebendiagnosen • Zervikozephalales Syndrom (M53.0) • Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (G47.31) • Periodische Beinbewegung im Schlaf (G25.80) In ihrer Beurteilung berichteten sie über eine depressive Entwicklung mit Ausbildung eines Erschöpfungszustandes im Kontext einer beruflichen Belastungssituation. Die Patientin habe sich im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit als Geschäftsführerin eines Modegeschäftes verausgabt. Biografische prädisponierende Faktoren (u.a. unsichere Bindung zu den Eltern) hätten zu der Entstehung einer Depression beigetragen. Als innere Stressfaktoren sähen sie einen hohen Leistungsanspruch, ein ausgeprägtes Verantwortungsgefühl, eine geringe Entspannungsfähigkeit sowie eine starke Wahrnehmungsabwehr von Bedürfnissen und Emotionen. Die Patientin verlasse die Klinik in einem gebesserten psychophysischen Allgemeinzustand. Eine anschliessende ambulante Psychotherapie sei indiziert. Sie attestierten eine Arbeitsunfähigkeit zu 100 Prozent bis zum 24. Mai 2023 (weitere Beurteilung durch Nachbehandlerin) und

empfehlen eine langsame Wiedereingliederung mit Arbeitsversuchen bei 100-pro- zentiger Arbeitsunfähigkeit. Beim Psychostatus bei Austritt wurden (einschränkend) subjektiv und
Seite 10 von 22

objektiv leichte Konzentrationsstörungen sowie Zukunftssorgen bezogen auf die Arbeit genannt (BG- act. pag. 36 ff.).

E. 7.4

Im Bericht vom 24. Mai 2023 zuhanden des vertrauensärztlichen Dienstes der Z.____ Versicherungs- gen (nachfolgend: Krankentaggeldversicherung) nannten Dr. phil. C.____ und Dr. med. D.____ in einer Zusammenfassung der Diagnosen die im obgenannten Bericht aufgeführten psychiatrischen Diagnosen. Die Patientin sei in einem deprimierten, erschöpften und innerlich angespannten Zustand in die Klinik eingetreten. In der Therapie sei es zunächst darum gegangen, ihr einen sicheren und ent- spannenden Rahmen zu bieten, in welchem sie sich habe erholen und neue Kraft und Lebendigkeit gewinnen können. Die Patientin sei am 10. Mai 2023 in gebessertem psychophysischem Zustand aus der stationären Behandlung entlassen worden. Sie habe bei der Entlassung affektiv aufgehellter und vitaler gewirkt und sei vermehrt mit ihren Gefühlen in Berührung gekommen. Unter dem Titel psycho- soziale Faktoren wurde festgehalten, biografische Faktoren (Beziehung zu primären Bezugspersonen) hätten zur Entwicklung eines hohen Leistungsanspruches, eines ausgeprägten Verantwortungsgefühls, einer geringen Entspannungsfähigkeit sowie einer starken Wahrnehmungsabwehr von Bedürfnissen und Emotionen beigetragen. Diese inneren Stressfaktoren hätten zur Entstehung einer Depression bei- getragen. Zur Aufrechterhaltung der Symptomatik trügen intransparente Strukturen und Aufgaben- verteilung bei. Bei einer langsamen Wiedereingliederung mit anfänglich stark reduzierter Arbeitsfähig- keit (z.B. 20%) schätzten sie die Prognose als gut ein. Sie empfehlen dringend, mit Arbeitsversuchen bei 100-prozentiger Arbeitsunfähigkeit zu beginnen. Medizinische Gründe, die eine volle Wiederauf- nahme der Arbeit verhindern würden, seien ihnen keine bekannt (BG-act. pag. 59 f.).

E. 7.5

Dr. med. E.____, Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin, attestierte im IV-Arztbericht vom 21. Juni 2023 eine 50-prozentige Arbeitsunfähigkeit vom 16. bis 22. Dezember 2022 sowie eine 100- prozentige Arbeitsunfähigkeit von 23. Dezember 2022 bis 10. Juli 2023 im bisherigen Beruf als Ge- schäftsleiterin. Bereits im Jahr 2020 habe sich die Patientin hausärztlich vorgestellt bei Burnout-Symp- tomatik. Nach einer Verschlechterung über Monate habe sie sich im Dezember 2022 erneut hausärzt- lich vorgestellt. Im Januar 2023 sei die Entscheidung zur Einweisung in die Klinik Y.____ erfolgt (Hospi- talisation: 15.03. - 10.05.2023). Derzeit sei sie wieder zuhause und werde wöchentlich durch Frau B.____ psychologisch betreut. Zusätzlich erhalte sie zweimal wöchentlich psychiatrische Spitex und sei zwei- mal pro Woche in der Tagesklinik X.____. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie die ICD-10-Codes F32.1 und Z73, ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnosen M53.0, G47.31 und G25.80. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei gut. Die Patientin sei derzeit zu 100 Prozent krankgeschrieben. Ab dem 11. Juli 2023 sei ein stundenweiser therapeutischer Arbeitsbeginn geplant. Im Haushalt sei sie derzeit nicht eingeschränkt (BG-act. pag. 26 ff.).

Seite 11 von 22

E. 7.6

Im Arztbericht vom 5. Juli 2023 zuhanden der Krankentaggeldversicherung hielt Dr. med. E. ___ fest, bei der Patientin liege bekanntermassen eine mittelgradige depressive Episode sowie ein Burnout vor, welches unter anderem eines stationären Aufenthalts bedurft habe. Aktuell befinde sie sich zwei- mal wöchentlich in der Tagesklinik X. ___, erhalte wöchentlich psychologische Mitbetreuung durch Frau B. ___ und zweimal pro Woche Unterstützung durch die psychiatrische Spitex. Ab dem 11. Juli 2023 sei ein therapeutischer Arbeitsversuch geplant. Aus ihrer Sicht sei es hier essentiell wichtig, dass man die Patientin dosiert in die Arbeitswelt zurückfinden lasse. In den ersten zwei Wochen würde sie ihr maximal stundenweise Arbeiten an ein bis zwei Tagen pro Woche zumuten (BG-act. pag. 184).

E. 7.7

Dr. med. F. ___, Beratende Ärztin der Krankentaggeldversicherung, Fachärztin für Neurologie, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Bericht "Beantwortung Fragenkatalog und Kurz- beurteilung anhand der Akten" vom 22. August 2023 fest, die attestierten objektivierbaren Normalbe- funde im Psychostatus (Freundlich, offen im Kontakt. Wach, bewusstseinsklar, allseits orientiert. Auf- nahmefähigkeit und Aufmerksamkeit im Gespräch unauffällig. Denken kohärent, inhaltlich auf aktuelle Arbeitssituation bezogen. Kein Hinweis auf Zwang, Halluzinationen oder Ich-Störungen. Affektiver Rap- port herstellbar, Schwingungsfähigkeit erhalten.) sprächen gegen das Vorliegen einer leistungsrelevan- ten affektiven Störung – insbesondere einer eigenständigen Depression im Sinne der attestierten de- pressiven Episode. Seit Beginn der attestierten Arbeitsunfähigkeit sei keine medikamentöse Behand- lung erfolgt und es lägen keine Befunde vor, die eine quantitative und/oder qualitative Leistungsein- schränkung objektiv begründen könnten. Seit dem Austritt aus der Klinik Y. ___ (am 10.05.2023) sei die attestierte Arbeitsunfähigkeit medizinisch nicht (mehr) ausgewiesen. Der attestierte Arbeitsunfähig- keits-Verlauf schein durch nicht medizinische Faktoren wesentlich bestimmt zu sein (arbeitgeber-/ar- beitsplatzbezogene Faktoren, individuelle Bedürfnisse und Ziele). Aus fachärztlich-versicherungsmedi- zinischer Sicht könne ab sofort von voller Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und im ange- stammten Pensum ausgegangen werden (BG-act. pag. 169 ff.).

E. 7.8

Im Verlaufsbericht zur Psychotherapie vom 1. September 2023 diagnostizierte lic. phil. B. ___ eine (neu) rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1). Die Pati- entin sei aus der Klinik Y. ___ gestärkt zurückgekehrt. Der Wiedereinstieg in die Arbeit habe sich jedoch als schwierig erwiesen. Die Klientin habe ihren Vorgesetzten als wenig unterstützend empfunden. Ihr sei auf den 30. September 2023 gekündigt worden. Die Psychologin nannte diverse Funktionsein- schränkungen nach Mini ICF (Schwer beeinträchtigt: Planung und Strukturierung von Aufgaben, Ent- scheidungs- und Urteilsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten sowie Spontan-Aktivitäten. Mittelgradig beeinträchtigt: Anpassung an Regeln und Routinen, Anwendung fachlicher Kompetenzen, Gruppenfähigkeit sowie Verkehrsfähigkeit. Leicht beeinträch- tigt: Familiäre bzw. intime Beziehungen sowie Selbstpflege). Die Patientin nehme zurzeit ein

pflanzliches Mittel gegen Stimmungsschwankungen ein (Rebalance). Die Behandlung mit einem Anti-depressivum zur Unterstützung wäre aber sinnvoll. Es sei das Ziel der Patientin, wieder ganz berufstätig zu sein. Es sei wichtig, dass dies in sorgfältigen Schritten geschehe, damit sie kontinuierlich Vertrauen in ihre Belastbarkeit aufbauen könne und Erfolgserlebnisse habe. Für diesen Aufbau und das Arbeits-training sei die Patientin vorübergehend auf einen geschützten Arbeitsplatz angewiesen (BG-act. pag. 157 ff.).

E. 7.9

Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, RAD Zentralschweiz, hielt in seiner Stellung-nahme vom 13. September 2023 fest, vordergründig habe ein Burnout im Rahmen einer beruflichen Überforderung bestanden. Inzwischen könnten aus psychiatrisch-fachärztlicher Sicht keine depressi-ven Symptome mehr erhoben werden (Dr. F.____) und die Versicherte habe nach der stationären Be-handlung auch keiner intensiven fachärztlichen Weiterbehandlung mehr bedurft (keine Psychophar-maka, wöchentliche Gespräche). Es habe eine Arbeitsunfähigkeit bestanden von November 2022 bis August 2023 (Bericht Dr. med. F.____). Ab August 2023 sei die Versicherte wieder vollumfänglich ar-beitsfähig (BG-act. pag. 198 f.).

E. 7.10

und 7.14 hievor). Hierbei handelt es sich – da lic. phil. B.____ als Psychologin und Psychotherapeu-tin über keine (fach-) ärztliche Qualifikation verfügt, und die Dipl. Ärztin H.____ keine abgeschlossene Facharztausbildung vorweisen kann (www.comparis.ch, besucht am 05.02.2025) – nicht um eine fach-ärztlich gestellte Diagnose. Eine solche wäre jedoch gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung vo-rausgesetzt, um die fachärztliche Beurteilung durch die begutachtende Psychiaterin zu entkräften (BGE 140 V 193 E. 3.2; BGer 8C_584/2018 vom 13.11.2018 E. 4.1.1.2, 8C_450/2018 vom 16.10.2018 E. 5.1, 9C_139/2014 vom 06.10.2014 E. 5.2; siehe auch E. 6.5 hievor).

E. 7.11

Dr. med. G.____ hielt mit RAD-Stellungnahme vom 23. November 2023 fest, mit der Einnahme eines Antidepressivums alleine sei keine wesentliche Verschlechterung ausgewiesen. Wöchentliche Gespräche seien schon vorgängig durchgeführt worden und bei der Beck-Depressionsskala handle es sich um einen Selbstbeurteilungstest, welcher sich alleine auf die subjektive Einschätzung der versi- cherten Person beziehe (BG-act. pag. 244 f.).

E. 7.12

In ihrer Kurzbeurteilung anhand der Akten (insbesondere des Berichts vom 27.10.2023; s. E. 7.10 hievor) vom 28. November 2023 empfahl die beratende Ärztin Dr. med. F.____ der Krankentaggeldver- sicherung die Einholung eines Gutachtens (BG-act. pag. 268 f.), woraufhin eine psychiatrische Begut- achtung veranlasst wurde.

E. 7.13

Dr. med. I.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztin für Allgemeinme- dizin, hielt im psychiatrischen Gutachten vom 11. Januar 2024 fest, aktuell sei keine psychiatrische Störung festgestellt worden. Ein akuter und florider Gesundheitsschaden aus psychiatrischer Sicht liege nicht vor. Die Explorandin habe in erster Linie von der Erschöpfung und Überarbeitung an ihrem letzten Arbeitsplatz berichtet. Es sei ein nahezu normaler psychischer Befund festgestellt worden. ("Kli- nisch während

gesamter Exploration keine Anhaltspunkte für Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, keine Kurz- oder Langzeitgedächtnisstörungen. Klinisch kein Vorliegen einer Vergesslichkeit oder Zeitgitterstörung. Intelligenz ungefähr im durchschnittlichen Bereich. Erschöpfungstendenz oder Müdigkeit im Rahmen der Begutachtung weder festgestellt noch seitens der Versicherten beklagt. Formales Denken systematisch und geordnet, inhaltliches Denken situationsadäquat. Keine depressions-typischen Denkinhalte beklagt. Keine Hinweise für Wahn, paranoide Denkinhalte, psychotisches Erleben, Ich-Störung oder dergleichen. Kein vollumfänglicher Interessensverlust, welcher alle Belange des alltäglichen Lebens betreffen würde. Keine Einschränkungen im sozialen und Integrationsniveau. Freudfähigkeit vorhanden. Schwingungsfähigkeit resp. Modulationsfähigkeit normgerecht. Psychomotorischer Antrieb unauffällig. Keine depressionstypischen Schlafstörungen. Die Explorandin äusserte allerdings eine Beeinträchtigung der Schlafqualität. Keine Anhaltspunkte für Zwänge, Phobien oder spezifische Ängste. Suizidalität wurde verneint, Gedanken an Lebensüberdruß seien früher zeitweise vorhanden gewesen, aktuell in den Hintergrund getreten.") Die Psychiaterin stellte keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine aktenkundige mittelschwere Depression (F32.4) in Remission, offensichtlich vor dem Hintergrund beruflicher Überlastung sowie einen Erschöpfungszustand (Z73.0) in Remission. Die Angaben der Versicherten würden sich mit den Angaben in den Akten und den heute geäußerten Umständen decken: Es habe massgeblich und ursächlich eine Überforderungssituation am Arbeitsplatz vorgelegen. Die Gutachterin attestierte der Beschwerdeführerin rein aus psychiatrischer Sicht eine 100-prozentige Arbeits- und Leistungsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit, welche per sofort umsetzbar sei. Ein Wiedereinstieg ins berufliche

Seite 14 von 22

Leben wäre auch aus Ressourcen aktivierender, therapeutischer Sicht zu begrüssen. Krankheitsfremde Gründe, welche eine Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit verhindern würden, seien bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ausser Acht gelassen und nicht mitberücksichtigt worden (BG-act. pag. 380 ff.).

E. 7.14

Im IV-Arztbericht vom 30. Januar 2024 schrieb die Dipl. Ärztin H.____, es fänden wöchentliche beziehungsweise zweiwöchentliche Sitzungen statt. Zudem besuche die Patientin an drei halben Tagen pro Woche ihre Tagesklinik. Sie attestierte der Beschwerdeführerin in der Tätigkeit als Geschäftsführerin im Kleidergeschäft eine 80-prozentige Arbeitsunfähigkeit von 6. Oktober 2023 bis 31. Januar 2024. Die depressive Symptomatik sei nach wie vor vorhanden, aktuell mittelschwer ausgeprägt. Die Befunde wurden folgendermassen geschildert: "Bewusstseinsklar und allseits orientiert. Im Kontakt schüchtern. Aufmerksamkeit erhalten. Leichte Konzentrationsstörungen im Gespräch, berichtet Vergesslichkeit. Formal gedanklich geordnet. Kein Wahn, verneint Halluzinationen und Ich-Störungen. Verneint Zwänge. Im Affekt angespannt, bedrückt, reduziert modulationsfähig, mittelschwere Insuffizienzgefühle und Selbstvorwürfe. Schlafstörungen im Sinne von Einschlafstörungen. Antrieb gemindert. Tendenz zur sozialen Isolation. Von einer Eigen- oder Fremdgefährdung distanziert". Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1). Ohne Auswirkungen bleibe die Diagnose "Ereignisse in der Kindheit, die den Verlust des Selbstwertgefühls zur Folge

haben" (ICD-10: Z61.3). Aktuell bestehe eine Antriebsminderung und schnellere Ermüdung, eine massiv eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit aufgrund zu hoher Ansprüche an sich, so dass sie es kaum noch schaffe, den Alltag alleine zu strukturieren. Ihre Stresstoleranz sei reduziert und es bestünden Konzentrationsstörungen aufgrund Gedankenkreisen. Die bisherige Tätigkeit sei zu zwei Stunden pro Tag zumutbar, eine dem Leiden angepasste Tätigkeit drei bis vier Stunden pro Tag. Unter der Voraussetzung, dass die Patientin in einer Tätigkeit ohne grossen Leistungsdruck mit einem kleinen Pensum starte und diese stufenweise steigern, sei die Prognose längerfristig gut. Sie empfehle jedoch, die Patientin im Rahmen der beruflichen Massnahmen bei der Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu unterstützen. Aufgrund des rezidivierenden Charakters der Depression müsste bei erhöhten Belastungen mit einer Destabilisierung und eventuell einem Rezidiv gerechnet werden. Die Patientin habe im Moment mit allen Haushaltsaufgaben Mühe, weil sie sich kraftlos fühle. Sie verteile diese während der Woche (BG-act. pag. 374 ff.).

E. 7.15

Am 8. Februar 2024 nahm RAD-Arzt Dr. med. G. ___ Stellung zum Gutachten vom 11. Januar 2024 und zum IV-Arztbericht vom 30. Januar 2024. In seiner Beurteilung des letztgenannten Berichts hielt er fest, in den vorgängigen Berichten von Dr. med. H. ___ und Frau B. ___ sei noch ein Interessenverlust angeführt worden, welcher grundsätzlich mit einer Depression vereinbar gewesen wäre. In Kenntnis des umfassenden psychiatrischen Gutachtens bleibe hingegen unklar, welche Interessen

Seite 15 von 22

denn tatsächlich verlustig gegangen sein sollten. Im aktuellen Bericht von Dr. med. H. ___ werde nur noch eine "Tendenz" zur sozialen Isolation angeführt und schwere psychopathologische Befunde fehlten beziehungsweise seien nicht weiter ausgeführt oder validiert. Die wiederholt angeführte "schnelle Ermüdbarkeit" bleibe ohne weitere Ausführungen absolut unspezifisch. Zum psychiatrischen Gutachten führte er aus, dieses sei sehr umfassend und anhand der differenzierten Anamnese und der psychopathologischen Befunde im Hinblick auf die Diagnose und Arbeitsfähigkeit schlüssig hergeleitet. In der Krankheitsentwicklung zeige sich, dass die Versicherte offensichtlich über das ihr Zumutbare gearbeitet habe (bis 12 Stunden täglich) und damit in ein Burnout geraten sei. Nach einem erholsamen Klinikaufenthalt im Frühjahr 2023 sei im Sommer ein Arbeitsversuch gestartet und dann erfolglos abgebrochen worden. Gemäss Anamnese gehe die Patientin weiterhin mit dem Hund spazieren und sehe fern. Die Gutachterin könne tatsächlich keinen Interessenverlust feststellen und auch keine Einschränkungen der sozialen Integration. Entsprechend seien die Kriterien für eine depressive Störung gemäss ICD-10 nicht mehr erfüllt, die depressive Episode sei vollständig remittiert. Zusammenfassend sei unverändert von einer Burnout-Symptomatik bei einer über das Zumutbare gehenden Arbeitsbelastung auszugehen. Bei normaler Arbeitsbelastung sei von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr auszugehen. Eine psychiatrische Störung mit dauerhafter Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei – gestützt auf das Gutachten – nicht ausgewiesen (BG-act. pag. 395 f.).

E. 7.16

In ihrer Stellungnahme vom 4. April 2024 zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin äusserte sich die Dipl. Ärztin H. ___ zur psychiatrischen Einschätzung durch die psychiatrische Gutachterin Dr. med. I. ___ und wies auf

Differenzen zu ihrer psychiatrischen Beurteilung hin. Ihres Erachtens seien die drei Hauptkriterien für eine depressive Episode erfüllt (depressive Verstimmung die meiste Zeit des Tages, Interessenverlust und gesteigerte Müdigkeit). Dass nicht alle in einer Untersuchungssituation vorkämen und/oder nicht objektiviert werden könnten, schliesse eine depressive Episode nicht aus. Von den restlichen Kriterien seien folgende deutlich vorhanden: Verlust des Selbstvertrauens, Klagen oder Nachlass verminderten Konzentrationsvermögens, Unentschlossenheit, subjektiv psychomotorische Hemmung, Schlafstörungen jeder Art, Appetitveränderung. Entgegen der Meinung der Gutachterin sei sie gemäss Spitex nicht funktionsfähig, sie könne alleine ihre Struktur nicht aufrechterhalten. Sie gehe nach wie vor von einer reduzierten Arbeitsfähigkeit aus und empfehle das Fortführen der ambulanten Therapie sowie eine Unterstützung seitens IV im Rahmen der beruflichen Massnahmen, so dass die Arbeitsfähigkeit der Patientin erprobt und gesteigert werden könne (Beschwerde-Beilage 6).

E. 8.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung vom 27. Februar 2024 fest, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht in der Ausübung der angestammten Tätigkeit keine

Seite 16 von 22

gesundheitsbedingten Einschränkungen mehr bestünden, weshalb die Voraussetzungen für eine Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung mit Integrations- oder beruflichen Massnahmen fehlen würden. Da die Versicherte gemäss Gutachten im bisherigen Pensum als Detailhandelsangestellte ohne Einschränkungen arbeiten könne, müsse das Gesuch um berufliche Massnahmen und Invalidenrente abgewiesen werden.

E. 8.2

Die Beschwerdeführerin macht mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 15. April 2024 geltend, das Gutachten vom 11. Januar 2024 sei in der Anamnese und betreffend die aktuelle Situation unvollständig, mithin gar unrichtig, in der Herleitung ungenügend und im Ergebnis falsch. Dem Gutachten sei die fachmännische und fundierte Stellungnahme ihrer Therapeutin, Frau H.____, stellvertretende Oberärztin der Tagesklinik X.____, entgegenzuhalten. Diese halte nachvollziehbar und detailliert fest, dass sie weiterhin unter einer mittelgradigen depressiven Episode bei einer rezidivierenden depressiven Störung leide, mit der Folge, dass nach wie vor von einer reduzierten Arbeitsfähigkeit auszugehen sei und das Fortführen der ambulanten Therapie sowie die Anordnung von Massnahmen zur beruflichen Integration zu empfehlen seien. Das Gutachten basiere auf einem einmaligen 1.5-stündigen Gespräch. Die Therapeutin und die psychiatrische Spitex könnten sich für ihre Beobachtungen und Befunde hingegen auf wöchentliche Erlebnisse abstützen, weshalb ihre Stellungnahme eine zuverlässigere Beurteilung des streitigen Anspruchs erlaubten. Eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; aufgrund der erheblichen Differenzen zwischen dem Gutachten und der Stellungnahme der Therapeutin (sowie den Empfehlungen der Klinik Y.____ und von Dr. med. E.____) unter Anordnung einer neuerlichen Begutachtung.

E. 8.3

Die Beschwerdegegnerin bringt dagegen mit Stellungnahme vom 23. Mai 2024 vor, die Gutachterin Dr. med. I.____ sei Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie und

zertifizierte medizinische Gutachterin SIM. Sie lege in ihrem Gutachten nachvollziehbar dar, dass die in den aktenkundigen Arzt-berichten gestellten Diagnosen nicht eindeutig begründet und auch nicht plausibel anhand der ICD-10-Kriterien diskutiert worden seien. Die Kriterien für eine depressive Störung gemäss ICD-10 seien aktuell nicht erfüllt, aus gutachterlicher Sicht könne keine psychiatrische Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Auf dieses Gutachten sei abzustellen, weil keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprächen (BGE 137 V 21 E. 1.3.4). Daran ändere die mit Beschwerde vorgebrachte Kritik nichts. Soweit die Beschwerdeführerin dem Gutachten die "fachmännische und fundierte Stellungnahme" von H. ___ gegenüberstelle, sei der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass nicht nur behandelnde Haus-, sondern auch Fachärzte in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Ob H. ___ überhaupt Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sei, wisse sie nicht. (Sie habe keine Treffer auf doctorfmh.ch und/oder SIM gefunden, auf der Homepage der Klinik X. ___ erscheine H. ___ unter "Beratung und Therapie".) Von der Taggeldversicherung erhalte die

Seite 17 von 22

Beschwerdeführerin seit längerem kein Geld mehr. Sie sei bei der Regionalen Arbeitsvermittlung (RAV) zur Stellenvermittlung angemeldet.

E. 9

Das Gutachten von Dr. med. I. ___ kann als umfassend und schlüssig begründet bezeichnet werden. Es berücksichtigt die beklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein.

E. 9.1

Soweit die Beschwerdeführerin dagegen geltend macht, das Gutachten sei in der Anamnese mehrfach unvollständig, ist zunächst festzuhalten, dass in den meisten der beschwerdeweise genannten Beispiele die entsprechenden Informationen – da sich diese dem Gutachten selber entnehmen lassen – der Gutachterin durchaus bekannt waren. Unter anderem ergibt sich aus dem Gutachten, dass die Versicherte ihre Weiterbildung aus gesundheitlichen Gründen unterbrochen hatte, diese also nicht bloss "noch nicht abgeschlossen" war. Ebenso schreibt die Beschwerdeführerin selber, aus dem Gutachten lasse sich herleiten, dass sie für die Erledigung des Haushalts die Hilfe der psychiatrischen Spitex in Anspruch nehme. Die Beschwerdeführerin bestätigt auch, dass sie sich einmal pro Woche mit der Nachbarin treffe. Und der Gutachterin war auch bekannt, dass die Versicherte in Begleitung ihrer Mutter zur Begutachtung kam. Diesbezüglich liegt keine Unvollständigkeit oder gar Unrichtigkeit des Gutachtens vor. Da die psychiatrische Fachärztin diese Gegebenheiten im Gutachten erwähnt hat, darf davon ausgegangen werden, dass sie auch in die medizinische Würdigung eingeflossen sind.

E. 9.2

In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und dem begutachtenden Psychiater deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und rechtlich zu respektieren sind, sofern der Experte – wie vorliegend – lege artis vorgegangen ist (BGE

E. 9.3

Bezüglich der im psychiatrischen Gutachten nicht explizit erwähnten Ereignisse ist festzuhalten, dass keine unvollständige Abklärung im Sinne einer Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) vorliegt, indem gewisse biografische Umstände bei der Beurteilung der psychiatrischen Gutachterin nicht bekannt waren. Denn die Gutachterin muss sich darauf verlassen können, dass die versicherte Person und die behandelnden Ärzte die ihnen bekannten und massgeblichen Umstände mitteilen und diese somit in den Akten Niederschlag gefunden haben. So ist es grundsätzlich Sache der versicherten Person, bedeutende biografische Umstände in der persönlichen Lebensgeschichte – nicht nur im Rahmen einer psychiatrischen Exploration, sondern auch innerhalb einer psychiatrischen Behandlung – offen zu legen (BGer 8C_34/2019 vom 08.05.2019 E. 4.2, 8C_671/2014 vom 19.03.2015 E. 4.2.2).

Seite 18 von 22

E. 9.3.1

Soweit die Beschwerdeführerin das Fehlen von Ausführungen zum wiederholten Missbrauch durch den Vater sowie zu den zwei Suiziden in der Familie väterlicherseits (Cousine, Onkel des Vaters) bemängelt, kann sie hieraus nichts zu ihren Gunsten ableiten. Die familiäre Vorbelastung mit Depressionen war der Gutachterin auf jeden Fall bekannt (Vater habe an Depressionen gelitten, Familienanamnese [...] seien Depressionen aufgetreten). Ob sie zusätzlich Kenntnis von den beschwerdeweise geltend gemachten Ereignissen hatte, ist im Ergebnis nicht relevant. Denn massgebend ist, ob die Gutachterin bei Kenntnis und in Berücksichtigung der genannten Ereignisse den Gesundheitszustand und die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin abweichend beurteilt hätte, was vorliegend zu verneinen ist.

E. 9.3.2

So kam Dr. med. I. ___ in ihrem Gutachten zum Ergebnis, dass keine psychiatrische Diagnose (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) vorliege. Sie erhob klinisch einen nahezu normalen psychischen Befund (siehe E. 7.13 hievor). Es ist nicht ersichtlich, inwiefern der geltend gemachte Missbrauch und die genannten Suizide geeignet wären, den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, wie sie sich im Zeitpunkt der Begutachtung darstellten, in einem anderen Licht erscheinen zu lassen, sind doch die konkreten funktionellen Auswirkungen auf das Leistungsvermögen massgebend (vergleiche BGer 9C_12/2021 vom 11.10.2021 E. 6.2.3). Demnach ist nicht davon auszugehen, dass die Gutachterin in Kenntnis dieser Ereignisse zu einer anderen Einschätzung gekommen wäre.

E. 9.3.3

Wie die Beschwerdeführerin ihr Verhältnis zu ihrem Vorgesetzten der Gutachterin geschildert hat, kann ebenfalls offenbleiben, da sich das geltend gemachte problembehaftete Verhältnis zu ihrem Vorgesetzten höchstens auf die Arbeitsfähigkeit beim früheren Arbeitgeber auswirken könnte. Nachdem der Beschwerdeführerin per Ende September 2023 gekündigt worden ist, das Gericht jedoch auf den Sachverhalt im Zeitpunkt des Verfügungserlasses (27.02.2024) abstellt (siehe E. 2.2 hievor), ist nicht mehr die Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit, sondern diejenige in einer Verweistätigkeit re-

levant, worauf der (ehemalige) Vorgesetzte keinen Einfluss hat.

E. 10

Aus dem Vorliegen einer allfälligen entgegenstehenden (haus-)ärztlichen Einschätzung kann nicht un- besehen ihres Inhalts auf geringe Zweifel an den Beurteilungen der versicherungsinternen Fachperso- nen geschlossen werden (BGer 8C_68/2019 vom 22.07.2019 E. 4.2.1). In analoger Anwendung dieses Grundsatzes können anderslautende Einschätzungen behandelnder Ärzte nicht ohne Weiteres Zweifel an der Beurteilung in von der Krankentaggeldversicherung eingeholten Gutachten wecken, da diese bei der Beweiswürdigung gleich zu behandeln sind (siehe E. 6.4.2 und 6.4.4 hievor).

E. 10.1

Demzufolge hat sich das kantonale Gericht in Konstellationen wie der vorliegenden mit den ver- schiedenen medizinischen Ausführungen auseinanderzusetzen und zu begründen, weshalb es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (siehe E. 6.3 hievor). Es hat insbesondere zu

Seite 19 von 22

prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, die vom inva- liditätsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind (BGer 9C_201/2016 vom 18.07.2016 E. 3.2). Schliesslich müssen auch geringe Zweifel objektiv begründet sein.

E. 10.2

Soweit die Beschwerdeführerin alleine aufgrund der erheblichen Differenzen zwischen dem Gut- achten und der Stellungnahme der Therapeutin auf die Notwendigkeit weiterer Abklärungen schliesst, kann ihr nach oben Gesagtem nicht gefolgt werden. Vielmehr hat eine Würdigung der Berichte zu er- folgen.

E. 10.3

Streitig ist insbesondere das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

E. 10.3.1

Von der behandelnden Psychologin lic. phil. B.____ und der Dipl. Ärztin H.____ wurde die Diag- nose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, gestellt (E. 7.8,

E. 10.3.2

Soweit Dr. med. D.____ ebenfalls eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert hat, be- zieht sich diese Diagnose auf die bei Klinikeintritt erhobenen Befunde (nur diese wurden im Bericht vom 24.05.2023 zuhanden der Versicherung erwähnt). Bei Klinikaustritt wurde demgegenüber ein ver- besserter Zustand festgehalten (E. 7.3 f. hievor).

E. 10.3.3

Die den Arztberichten ebenfalls zu entnehmende Diagnose eines Burnout-Syndroms (ICD-10: Z73) begründet nur ausnahmsweise eine Arbeitsunfähigkeit nach Art. 6 ATSG (E. 5.4 hievor). Dass dies vorliegend der Fall sein soll, wird weder geltend gemacht noch ergeben sich entsprechende Hinweise aus den Akten. Vielmehr ist mit Dr. med. D.____, Dr.

med. F.____, Dr. med. I.____ und Dr. med. G.____ davon auszugehen, dass dieses im Kontext einer über das Zumutbare hinausgehenden beruflichen Belastungssituation aufgetreten ist und sich bei normaler Arbeitsbelastung nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt (vergleiche E. 7.3, 7.7, 7.13 und 7.15).

E. 10.4

Das Argument, die sehr angepasste Persönlichkeitsstruktur und die Tendenz der Beschwerdeführerin, ihre eigenen Bedürfnisse zurückzustellen, um sich dem Gegenüber anzupassen, führe dazu, dass bei einer einmaligen Untersuchung der Eindruck einer nur leichten Verstimmung geweckt werden

Seite 20 von 22

könne, ist unbegründet. Es sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, dass die Gutachterin, der die anamnestisch relevanten medizinischen Unterlagen zur Verfügung standen, sich durch die geltend gemachte affektive Modulationsfähigkeit der Beschwerdeführerin hätte täuschen lassen. Es darf vielmehr angenommen werden, dass Dr. med. I.____ als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie entsprechende Verhaltensmuster richtig zu deuten weiss. Im Gutachten kommt denn auch zum Ausdruck, dass die Gutachterin diese Neigung der Versicherten ("wirkte [...] leicht überangepasst und harmoniebedürftig") tatsächlich erkannt hat.

E. 10.5

Die sich an den Vorgaben der ICD-10 orientierende Verneinung einer psychiatrischen Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ist nachvollziehbar begründet. Dr. med. I.____ zeigte auf, dass anlässlich der Begutachtung die Kriterien einer depressiven Störung gemäss ICD-10 nicht erfüllt waren. Sie konnte insbesondere keine anhaltende depressive Affektivität, (psychomotorische) Antriebsminderung oder Einschränkung der Freudefähigkeit objektivieren. Sie konnte keinen depressionstypischen sozialen Rückzug und keine depressionstypische Einschränkung des Aktivitätenniveaus ausmachen. So hat die Versicherte von diversen häuslichen und ausserhäuslichen Aktivitäten berichtet (Spazieren mit dem Hund, Pflege von Beziehungen und Kontakten). Das Aktivitätsprofil wies auf gut und ausreichend vorhandene Ressourcen und Kapazitäten hin. Einschränkungen, welche depressionsbedingt das Tagesaktivitätsniveau beeinträchtigen würden, wurden nicht objektiviert und die kognitiven Fähigkeiten sind gemäss Gutachterin klinisch uneingeschränkt vorhanden (BG-act. pag. 389).

E. 10.6

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolgte im Gutachten aus rein psychiatrischer (versicherungsmedizinischer) Sicht und korrekterweise unter Ausklammerung krankheitsfremder (eine Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit verhindernder) Gründe. Es mag zutreffen, dass die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte wertvolle Erkenntnisse hervorbringt (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175). Indessen ist auch zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärzte in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (E.6.4.4 hievore) und diese vorliegend zur Begründung der Arbeitsfähigkeit unter anderem auch krankheitsfremde Gründe genannt haben. Insgesamt vermögen die Berichte der behandelnden Ärzte keine auch nur geringen Zweifel an der Beurteilung im psychiatrischen Gutachten zu wecken. Auf dieses kann abgestellt werden.

E. 11

Das Gericht erwartet von weiteren Beweisvorkehren (insbesondere auch von der beantragten Begutachtung) keine neuen entscheidungswesentlichen Aufschlüsse, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung auf solche verzichtet wird (BGE 144 V 361 E. 6.5).

E. 12

Gestützt auf das Gutachten von Dr. med. I.____ ist festzustellen, dass keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und demzufolge keine rechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Bei voller

Seite 21 von 22

Arbeitsfähigkeit besteht kein Anspruch auf Integrationsmassnahmen (E. 4.5 hievor). Das Leistungsbegehren wurde zu Recht abgewiesen. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist abzuweisen.

E. 13.1

Bei Streitigkeiten über Leistungen ist das Verfahren kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist (Art. 61 lit. fbis ATSG). In Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht werden die Kosten nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis CHF 1'000.00 Franken festgelegt (Art. 69 Abs. 1bis IVG), wobei praxismässig die Gerichtsgebühr für eine Verwaltungsgerichtsbeschwerde in einer Angelegenheit mittlerer Komplexität in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht – wie vorliegend – CHF 900.00 beträgt. Dazu kommt eine Barauslagenpauschale von CHF 30.00 (Art. 25 Abs. 2 Reglement über die Gebühren und Entschädigungen vor Gerichtsbehörden [Gerichtsgebührenreglement, GGebR, RB 2.3232]). Die Gerichtsgebühr (inklusive Barauslagenpauschale) ist der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen (Art. 34 Abs. 1 lit. b VRPV).

E. 13.2

Eine Parteientschädigung ist nicht zuzusprechen. Der obsiegenden Beschwerdegegnerin steht keine Parteientschädigung zu (Art. 61 lit. g ATSG e contrario; Ueli Kieser, a.a.O., Art. 61 Rz. 218).

Seite 22 von 22

Das Obergericht erkennt: 1. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten, bestehend aus

CHF 900.00 Gerichtsgebühr

CHF 30.00 Barauslagen (pauschal)

CHF 930.00 Total,

werden der Beschwerdeführerin auferlegt. 3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen. 4. Eröffnung:

- Beschwerdeführerin
- Beschwerdegegnerin
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Altdorf, 21. Februar 2025 OBERGERICHT DES KANTONS URI Verwaltungsrechtliche
Abteilung Die Präsidentin Die Gerichtsschreiberin

Rechtsmittelbelehrung Gegen diesen Entscheid kann Beschwerde in öffentlich-rechtlichen
Angelegenheiten erhoben werden. Die Beschwerde ist innert 30 Tagen nach der Eröffnung
der vollständigen Ausfertigung beim Bundes- gericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in
der in Art. 42 Bundesgesetz über das Bundesgericht (Bun- desgerichtsgesetz [BGG, SR
173.110]) vorgeschriebenen Weise schriftlich einzureichen. Die Beschwer- delegitimation
und die zulässigen Beschwerdegründe richten sich nach den massgeblichen Bestim-
mungen des BGG. Versand:

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