

# ZG\_VERWALTUNGSGERICHT S 2019 21 vom 3. November 2020

ZG Verwaltungsgericht, 2020-11-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zg\\_verwaltungsgericht\\_S\\_2019\\_21](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zg_verwaltungsgericht_S_2019_21)

FR: ZG\_VERWALTUNGSGERICHT S 2019 21 du 3 novembre 2020

IT: ZG\_VERWALTUNGSGERICHT S 2019 21 del 3 novembre 2020

## Regeste

Sozialvers.rechtl. Kammer — Invalidenversicherung (Rente) — Beschwerde

## Erwägungen

### E. 1

Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Gebiet der eidgenössischen Sozialversicherung, für die das Bundesrecht eine kantonale Rechtsmittelinstanz vorsieht (Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, i.V.m. § 77 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes, VRG [BGS 162.1] und § 12 des Einführungsgesetzes zu den Bundesgesetzen über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und die Invalidenversicherung in der aktuellen Fassung; BGS 841.1). Verfügungen kantonaler IV-Stellen sind gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) – in Abweichung von Art. 58 ATSG – direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle anfechtbar. Die Beschwerdefrist beträgt 30 Tage (Art. 60 Abs. 1 ATSG). Angefochten ist eine Verfügung der IV-Stelle Zug vom 20. Dezember 2018, weshalb das Verwaltungsgericht für die Beurteilung der vorliegenden Beschwerde sowohl örtlich als auch sachlich zuständig ist. Die Beschwerde ist am 25. Januar 2019 – in Berücksichtigung des Fristenstillstands

### E. 6

Urteil S 2019 21 nach Art. 38 Abs. 4 lit. c ATSG – fristgerecht eingereicht worden und entspricht in der verbesserten Fassung auch den übrigen formellen Anforderungen, weshalb sie zu prüfen ist. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11). 2. Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (in casu 20. Dezember 2018) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. auch BGE 121 V 362 E. 1b). Dabei sind in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 130 V 445 E. 1.2 mit Verweis auf BGE 129 V 354 E. 1, 129 V 167 E. 1, 129 V 1 E. 1.2; je mit weiteren Hinweisen; BGE 130 V 329 E. 2.2 f.). Streitig sind vorliegend allfällige Rentenansprüche der Beschwerdeführerin über den 31. Januar 2017 hinaus. Zudem verlangt sie sinngemäss eine ganze Rente anstelle der ihr für die Zeit von Mai 2016 bis Januar 2017 zugesprochenen halben Rente. Mithin kommen die materiellen Bestimmungen des ATSG und die Bestimmungen der IV-Revisionen 4, 5 und 6a zum Tragen. 3. Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbstätigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare

Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, 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). Bei einer Invalidität von 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe, ab 60 % auf eine Dreiviertel- und ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 3.1 Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Bei erwerbstätigen Versicherten wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; sog. Einkommensvergleich). Bei nichterwerbstätigen versicherten Personen, welche in einem Aufgabenbereich (z.B. Haushalt) tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden

## **E. 7**

Urteil S 2019 21 kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie behindert sind, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Betätigungsvergleich bzw. spezifische Methode; Art. 28a Abs. 2 IVG). Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG und Art. 27bis IVV; sog. gemischte Methode). Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt. Zu erwähnen ist, dass die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung umfasst, was voraussetzt, dass Revisionsgründe (Art. 17 Abs. 1 ATSG; BGE 133 V 545) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a IVV festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich in dieser Konstellation durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung bzw. Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d in fine; 125 V 368 E. 2; 113 V 273 E. 1a; 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen). In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht ist es irrelevant, ob eine rückwirkende Zusprechung einer abgestuften und/oder befristeten Invalidenrente in einer oder in mehreren Verfügungen gleichen Datums eröffnet wird. Es gelten die Grundsätze gemäss BGE 125 V 413 (BGE 131 V 164 E. 2.3.4; BGer 8C\_886/2009 vom 13. April 2010 E. 2.2 mit zahlreichen Hinweisen; BGer 8C\_489/2009 vom 23. Oktober 2009 E. 4.1 mit Hinweis). 3.2 Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft die IV-Stelle die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen

Auskünfte ein. Sie hat dabei die Aufgabe, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz richtig und vollständig abzuklären, sodass gestützt darauf die Verfügung über die jeweils in Frage stehende Leistung ergehen kann (vgl. dazu Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl.

## **E. 8**

Urteil S 2019 21 2020, Art. 43 Rz. 13 ff.). Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall der Richter) auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 105 V 156 E. 1). Zu erwähnen bleibt, dass für die Invaliditätsbemessung schliesslich nicht die medizinisch-theoretische Schätzung der Arbeitsfähigkeit durch den Arzt ausschlaggebend ist, sondern vielmehr die durch den Gesundheitsschaden bedingte Einschränkung der Erwerbsmöglichkeiten auf dem gesamten für den Versicherten in Betracht fallenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (vgl. BGE 110 V 273 E. 4a). 3.3 Die medizinischen Unterlagen sind nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf 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 Beweiswerts eines Arztberichts 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 des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c). Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuer-

## **E. 9**

Urteil S 2019 21 kennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Diese im Bereich der Unfallversicherung entwickelten Grundsätze finden für das IV-Verwaltungsverfahren sinngemäss Anwendung (EVG I 437/99 und I 575/99 vom 9. August 2000 E. 4b/bb). In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache

Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014, Art. 28a Rz. 224; BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund der Verschiedenheit von Expertise und Therapie grundsätzlich mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt, den behandelnden Spezialarzt und namentlich für den therapeutisch tätigen Psychiater mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis zum Patienten, welches die geklagten Beschwerden als Faktum hinzunehmen hat (BGer 9C\_420/2008 vom 23. September 2008 E. 3 mit zahlreichen Hinweisen). Im Hinblick auf einen möglichen Ziel- und Interessenkonflikt zwischen Behandlung und Begutachtung kann – namentlich in umstrittenen Fällen – nicht unbesehen auf die Angaben des behandelnden Spezialisten abgestellt werden (EVG I 814/03 vom 5. April 2004 E. 2.4.2). Dies gilt allerdings nicht im Sinne einer Beweisformel, wonach Berichte behandelnder Ärzte in der Regel von vornherein weniger Beweiswert hätten, sondern sie sind unvoreingenommen auf ihre Beweiskraft zu prüfen.

3.4 Bei Leiden aus dem depressiven Formenkreis hat das Bundesgericht kürzlich seine Rechtsprechung dahingehend geändert, dass die Frage, ob bei solchen Erkrankungen eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiert, ebenso wenig wie bei somatoformen Störungen allein mit Bezug auf das Kriterium der Behandelbarkeit beantwortet werden kann. Auch bei leichten bis mittelschweren depressiven Störungen ist danach zu fragen, ob und wie sich die Krankheit leistungslimitierend auswirkt. Solche Leiden sind ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 409). Aus der Diagnose allein resultiert demnach keine verlässliche Aussage über das Ausmass der mit dem Gesundheitsschaden korrelierenden funktionellen Leistungseinbusse bei psychischen Störungen. Auch affektive Störungen (einschliesslich der leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen) sind dem strukturierten Beweisverfahren zu unterstellen. Störungen fallen beim strukturierten Beweisverfahren bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418). Gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Be-

## **E. 10**

Urteil S 2019 21 weiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8 mit Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 6).

3.5 Ein "Burn-out" bzw. Erschöpfungssyndrom kann bei Personen mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen in psychosozialen Belastungssituationen auftreten. "Burn-out" ist zwar unter dem Diagnose-Code ICD-10 Z73.0 aufgeführt, es entspricht aber keiner Erkrankung im Sinne der anerkannten internationalen Klassifikationssysteme. Bei den sogenannten Z-Kodierungen handelt es sich um Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des

Gesundheitswesens führen. Die Kategorien Z00- Z999 sind für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als "Diagnosen" oder "Probleme" angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar sind. "Burn-out" als solches fällt somit nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens (BGer 8C\_302/ 2011 vom 20. September 2011 E. 2.3 mit zahlreichen Hinweisen). Solche blossen Z-codierten Belastungsfaktoren können zwar den Gesundheitszustand beeinflussen und zu einer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, stellen aber keine rechtserheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen dar. Gesundheitliche Verschlechterungen soziogener Natur (insbesondere berufliche Überforderung) können infolge ihrer reaktiven Natur und Behandelbarkeit nicht als invalidisierende gesundheitliche Beeinträchtigungen anerkannt werden (s. dazu BGer 9C\_468/2015 vom 29. Januar 2016 und die dort zitierte Judikatur). 3.6 Bei leichten bis mittelschweren depressiven Störungen ist, wie bei jeder geltend gemachten gesundheitsbedingten Erwerbsunfähigkeit, demnach im Einzelfall (einzig) danach zu fragen, ob und wie sich die Krankheit leistungslimitierend auswirkt, wobei eine leistungs-, insbesondere rentenbegründende Invalidität jedenfalls eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose voraussetzt. Denn gerade mit Blick darauf, dass auch bei einem depressiven Leiden soziale Belastungen, die direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, auszuklammern sind, setzt die vorzunehmende Abgrenzung zu reaktiven,

## **E. 11**

Urteil S 2019 21 invaliditätsfremden Geschehen auf psychosoziale Belastungen eine nachvollziehbare Diagnosestellung voraus. Nicht zuletzt im Sinne der Einzelfallgerechtigkeit ist es sach- und systemgerecht, solche Leiden ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung ihres Leidens, ob es gelingt, auf objektiverer Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2). 4. Den Akten lässt sich im Wesentlichen das Folgende entnehmen: 4.1 Am 11. August bzw. 19. November 2015 berichtete die Klinik B. \_\_\_\_\_ (unterzeichnet von M. Sc. K. \_\_\_\_\_, Psychologin, M. Sc. L. \_\_\_\_\_, Teamleitung Psychologie, und Dr. med. M. \_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Oberarzt), dass die Beschwerdeführerin vom 11. Mai bis 23. Juli 2015 auf freiwilliger Basis bei ihr hospitalisiert gewesen sei (IV-act. 17 S. 8–14/14 und IV-act. 19). Als Diagnose nannte die Klinik eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode (F33.1). Die Patientin sei durch den Dienst N. \_\_\_\_\_ aufgrund einer psychischen Dekompensation im Rahmen einer Depression (Erschöpfungszustand) zugewiesen worden. Bei Eintritt sei sie ins multimodale Behandlungsprogramm eingebunden worden, bestehend unter anderem aus Psychotherapie im Einzel- und Gruppensetting und Physiotherapie. Die Patientin habe bereits zu Beginn dargelegt, dass sie keine allopathische Medikation einnehmen werde. Initial habe sie auch nur eine eingeschränkte Krankheits- und Behandlungseinsicht gezeigt; vor diesem Hintergrund sei im Behandlungsverlauf eine Gefährdungsmeldung bei der KESB erfolgt. Bei Eintritt habe sich die Patientin sehr erschöpft, hoffnungslos und entmutigt gezeigt. Im Vordergrund hätten zunächst die Zustandsstabilisierung durch stützende Gespräche und der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung gestanden. In einem weiteren Schritt habe die Exploration der Biographie und der daraus entstandenen Krankheitsgeschichte stattgefunden. In diesem Zusammenhang sei mit ihr ein

individuelles Störungsmodell erarbeitet worden. In diagnostischer Hinsicht habe das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung bestätigt werden können. Ausserdem habe die Patientin leicht histrionische Verhaltenszüge gezeigt, um insbesondere ihr Bedürfnis nach Wichtigkeit (im Leben anderer Menschen eine Bedeutung zu haben) zu befriedigen. Auf die Vergabe einer entsprechenden Persönlichkeitsakzentuierung sei verzichtet worden, da ihr Verhalten im interaktionellen Kontext keine pathologischen bzw. beeinträchtigenden Auswirkungen gehabt habe.

#### **E. 12**

Urteil S 2019 21 Im Rahmen der Austrittsplanung seien rückfallprophylaktische Massnahmen (Frühwarnsymptome) und die Rückkehr an ihren angestammten Arbeitsort besprochen worden. Der Patientin sei empfohlen worden, einen langsamen, schrittweisen Wiedereinstieg in die Arbeit am angestammten Arbeitsort (Reinigungskraft) mit einem niedrigen Pensum (zwei bis drei Stunden/Woche) ab ca. August 2015 vorzunehmen. Sie habe in einem deutlich stabilen und aufgehellten Zustand aus der Klinik entlassen werden können. In diesem Zeitraum habe sie neue Erfahrungen und Bewältigungsstrategien sammeln bzw. erlernen und ihre Ressourcen stärken können. Dennoch hätten bei Austritt eine erhöhte Ermüdbarkeit und die Tendenz bestanden, vor dem Hintergrund ihres bisherigen Musters, sich zu überfordern und die eigene Befindenslage auszublenden. Im Rahmen der laufenden Behandlung habe eine basale bedürfnisorientierte Selbststeuerung implementiert werden können. Die weiterführende Bearbeitung derselben erscheine insbesondere in Hinsicht auf die "schwer" dysfunktionale Selbstorganisation bei Eintritt vordringlich bedeutsam. Die Patientin sei auf eigenen Wunsch und in gegenseitigem Einvernehmen aus der Klinik ausgetreten. Insgesamt habe bei Austritt ein teilremittiertes Zustandsbild bestanden. Die Fortsetzung der psychotherapeutischen Therapie zur Aufrechterhaltung der Stabilität erscheine indiziert und sinnvoll. Ein erster ambulanter Termin sei durch die Patientin auf den 27. Juli 2015 bei Dr. O. \_\_\_\_\_ vereinbart worden. Im Rahmen der Nachbetreuung nach dem Austritt erscheine eine engmaschige ambulante Begleitung im Sinne einer zustandsadäquaten Wiedereingliederung vordringlich wichtig (IV-act. 17). 4.2 Im Arztbericht vom 6. Oktober 2015 hielt Dr. med. O. \_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode (F33.1) seit Mai 2015 fest. Eine erste depressive Episode habe es vor ca. 20 Jahren gegeben mit Hospitalisierung in der Klinik P. \_\_\_\_\_ (IV-act. 12). Sie bescheinigte der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von aktuell 90 % mit derzeit schwieriger Prognose. Eventuell sei ab Frühling 2016 eine langsame Steigerung möglich (10 bis 50 %). Die Patientin wünsche sich eine berufliche Neuorientierung wegen Rückenschmerzen, was mit dem Hausarzt besprochen werden sollte. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit müsste langsam aufgebaut werden mit leichten Arbeiten während ca. drei bis vier Stunden täglich, z.B. im ursprünglichen Beruf im Verkauf (Papeterie, Mode, Blumen/Pflanzen, Basteln) oder mit leichten administrativen Arbeiten. Dazu sei auch der Hausarzt zu konsultieren. 4.3 Hausarzt Dr. C. \_\_\_\_\_ diagnostizierte am 2. November 2015 eine rezidivierende depressive Episode (mittelgradig bis schwer), eine posttraumatische

#### **E. 13**

Urteil S 2019 21 Belastungsstörung und – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – eine Migräne, alle bestehend seit der Jugend (IV-act. 17 S. 1–4/14). Er bescheinigte der Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. 4.4 Am 18. Februar 2016 nahm RAD-Arzt

Q.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, dahingehend Stellung, dass bei der Beschwerdeführerin eine rezidivierende depressive Störung (F33.1) als Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe; als Gesundheitsschaden ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bezeichnete er die Migräne (IV-act. 21). Der durch Dr. O.\_\_\_\_\_ attestierte Verlauf sei nicht nachvollziehbar. Die Entlassung aus der stationären Behandlung sei in teilremittiertem Zustand erfolgt, sodass sicher davon ausgegangen werden könne, dass eine Teilarbeitsfähigkeit ab dem Zeitpunkt der Entlassung bestanden habe. Kritisch anzumerken sei die Tatsache, dass die Versicherte die Einnahme von Psychopharmaka ablehne, was eventuell zu einem verlängerten Krankheitsverlauf führe. Als IV-fremde Elemente gebe es finanzielle Sorgen, den Wohnungsumzug und den Tod der Mutter. Unklar seien die Ressourcen betreffend Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. 4.5 Psychiaterin Dr. O.\_\_\_\_\_ beschrieb den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Arztbericht vom 15. März 2016 als stationär bzw. leicht verbessert bei gleichbleibenden Diagnosen (IV-act. 24). Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten die Erschöpfung, die Konzentrationsprobleme und die reduzierte Belastbarkeit. Es finde eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit medikamentöser Einstellung und Therapiesitzungen alle zwei Wochen statt. Vom 23. Januar bis 31. März 2016 sei die Patientin 90 % arbeitsunfähig gewesen. 4.6 Auf Empfehlung von RAD-Arzt Q.\_\_\_\_\_ fand am 9. Mai 2016 ein Triage-Gespräch mit ihm, der Versicherten und dem Eingliederungsberater R.\_\_\_\_\_ statt, als dessen Folge eine psychiatrische Begutachtung als notwendig erachtet wurde (IV-act. 28). 4.7 Am 23. Januar 2017 erstattete Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, im Auftrag der IV-Stelle ein psychiatrisch-psychotherapeutisches Gutachten, worin sie als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode ohne somatisches Syndrom (F33.00) festhielt; ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien anamnestisch akzentuierte Persönlichkeitszüge (Z73; IV-act. 41 S. 15). Anhand der vorliegenden Akten, der eigenen

#### **E. 14**

Urteil S 2019 21 Untersuchungsbefunde und der Angaben der aktuell behandelnden Therapeutin Dr. F.\_\_\_\_\_ bestünden aus gutachterlicher Sicht Hinweise auf Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60). Eine Persönlichkeitsstörung sei gekennzeichnet durch rigide und wenig angepasste Verhaltensweisen, die eine hohe zeitliche Stabilität aufwiesen, situationsübergreifend aufträten und zu persönlichem Leid oder gestörter sozialer Funktionsfähigkeit führten. Es handle sich um ein tief verwurzeltes, anhaltendes Verhaltensmuster mit starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen. Betroffen seien Wahrnehmung, Denken, Fühlen und Beziehungen zu anderen. Die Störung beginne in der Kindheit oder Adoleszenz und dauere bis ins Erwachsenenalter an. Der Versicherten sei es jedoch trotz der Erfahrungen in der Kindheit, des Missbrauchserlebens als Jugendliche und der konflikthaften Ehe gelungen, die reguläre Schule zu durchlaufen, eine dreijährige Ausbildung zu absolvieren und im Anschluss langjährig auf ihrem erlernten Beruf wie auch in anderen Bereichen zu arbeiten. Zudem habe sie ihre Kinder weitgehend als alleinerziehende Mutter grossgezogen und pflege zu ihnen regelmässigen Kontakt. Somit könne aus gutachterlicher Sicht die Diagnose einer spezifischen Persönlichkeitsstörung nicht gestellt werden. Hingegen sei aufgrund der Aktenlage eine Persönlichkeitsakzentuierung (Z73) anzunehmen (IV-act. 41 S. 18). Differentialdiagnostisch sei zudem die Diagnose einer dissoziativen Störung (Konversions-

störung; F44) zu diskutieren, bei der das allgemeine Kennzeichen der teilweise oder völlige Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen sei. Normalerweise bestehe ein hoher Grad bewusster Kontrolle darüber, welche Erinnerungen und Empfindungen für die unmittelbare Aufmerksamkeit selektiert und welche Bewegungen ausgeführt würden. Von den dissoziativen Störungen werde angenommen, dass die Fähigkeit zu bewusster und selektiver Kontrolle in einem wechselnden Ausmass gestört sei. Es bestehe eine nahe zeitliche Verbindung zu traumatisierenden Ereignissen, unlösbaren oder unerträglichen Konflikten oder gestörten Beziehungen. Aufgrund der vorliegenden Akten wie auch der erhobenen Befunde würden die für die Diagnosestellung benötigten Kriterien der ICD-10 nicht erfüllt (IV-act. 18 S. 18 f.). Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung lasse sich anhand der Ergebnisse der aktuellen Untersuchung und der vorhandenen Akten nicht bestätigen. Beim Untersuchungstermin vom 4. November 2016 habe bei der Versicherten klinisch-phänomenologisch eine depressive Episode von leichter Ausprägung bestanden. In Anbetracht der be-

#### **E. 15**

Urteil S 2019 21 schrieben eine depressive Episode 1993 sei eine rezidivierende depressive Störung (F33) anzunehmen. Die Diagnosekriterien der ICD-10 für eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode ohne somatisches Syndrom (F33.00) würden erfüllt. Die typischen Merkmale eines somatischen Syndroms lägen nicht in der zur Diagnosestellung notwendigen Anzahl vor. Die Versicherte habe eine mittelgradig reduzierte Konzentration, einen leichtgradig niedergestimmten Affekt mit Affektlabilität und eine psychomotorische Anspannung und Unruhe gezeigt. Formalgedanklich sei sie leichtgradig umständlich, sprunghaft gewesen; bei Gesprächspausen hätten Hinweise auf Gedankenabrisse bestanden. Psychotische Symptome wie Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen hätten nicht bestanden. Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen (Zwangsrituale) seien nicht explorierbar gewesen. Das beschriebene zwanghafte Verhalten (Kontrollieren der Türe und des Herdes) sei im Rahmen der Konzentrationsstörung einzuordnen und erfülle nicht die Diagnosekriterien der ICD-10 für eine Zwangsstörung. Die Schilderungen zum Tagesablauf hätten auf keine erheblichen psychischen Einschränkungen hingewiesen. Die Versicherte könne ihren Haushalt besorgen und auch Auto fahren. Sie sei eine "Einzelgängerin" und "einsam", pflege jedoch regelmässig Kontakt zu ihren Töchtern und einer Freundin. Sie kümmere sich um ihre eigenen administrativen Angelegenheiten und um die ihrer verstorbenen Eltern. Im September 2016 sei es ihr möglich gewesen, nach S. \_\_\_\_\_ zu fliegen und die Erbschaftsangelegenheiten ihrer Eltern zu regeln (IV-act. 41 S. 19).

Zusammengefasst sei aus gutachterlicher Sicht diagnostisch vom Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode ohne somatisches Syndrom (F33.00), auszugehen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 20 % (von 100 %). Aus versicherungspsychiatrischer Sicht bestehe beim Vorliegen von akzentuierten Persönlichkeitszügen (Z73) keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 41 S. 20). Zu den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führte die Gutachterin aus, dass der leicht niedergestimmte, labile Affekt, die Konzentrationsstörung und die formalgedanklichen Störungen die Arbeitsfähigkeit leichtgradig einschränkten. Auf der körperlichen Ebene seien aus psychiatrischer Sicht keine Beeinträchtigungen feststellbar. Im sozialen Bereich seien keine erheblichen Einschränkungen feststellbar. Die Versicherte lebe eher zurückgezogen,

pflüge jedoch regelmässige, soziale Kontakte und sei in der Lage, ihren Haushalt selbständig zu besorgen. In der bisherigen Tätigkeit sei sie eingeschränkt in der Konzentration. Im Arbeitsalltag komme es zu Müdigkeit und Erschöpfung. Es bestehe ein erhöhter Pausenbedarf. Die bisherige Tätigkeit sei ihr noch zumutbar mit einem Pensum

#### **E. 16**

Urteil S 2019 21 von 80 % (von 100 %), wobei darüber hinaus keine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe. Diese 20%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe ab November 2016. Die Versicherte sei ihrem Arbeitsumfeld zumutbar. Der Versicherten seien andere Tätigkeiten zumutbar, wobei grundsätzlich ein Umfeld mit einem sozial kompetenten Vorgesetzten, klar umschriebenen Aufgaben und genügend Pausenmöglichkeit zu empfehlen sei. Ein Pensum von 80 % sei hier zumutbar ohne verminderte Leistungsfähigkeit (IV-act. 41 S. 20 ff.). 4.8 RAD-Psychiater Q.\_\_\_\_\_ erachtete dieses Gutachten am 30. Januar 2017 als den Vorgaben entsprechend und als medizinische Grundlage für die weiteren Entscheide der IV-Stelle (IV-act. 43). Bei der Versicherten bestünden demnach mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode ohne somatisches Syndrom (F33.00) und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit anamnestisch akzentuierte Persönlichkeitszüge (Z73). Die Arbeitsunfähigkeit betrage

#### **E. 20**

% (von 100 %) in der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit. Zumutbar sei ein Pensum von 80 % (von 100 %), wobei darüber hinaus keine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe. Wenn von der Gutachterin zum Zeitpunkt der Untersuchung lediglich noch eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % habe festgestellt werden können, könne hinsichtlich des Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass nach Abschluss der stationären Behandlung Ende Juli 2015 medizinisch-theoretisch bereits wieder eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestanden habe. 4.9 Am 15. Februar 2017 fand auf Einladung des IV-Eingliederungsspezialisten R.\_\_\_\_\_ ein Gespräch mit der Beschwerdeführerin in Begleitung ihres Sohnes betreffend Arbeitsvermittlung und Abklärung der beruflichen Eingliederungsmöglichkeiten statt. Als Ergebnis des Gesprächs hielt der Eingliederungsberater fest, dass sich die Versicherte für Eingliederungsmassnahmen nicht als eingliederungsfähig sehe (IV-act. 48). Ein angebotenes Job Coaching und einen möglichen Einstieg im Rahmen eines Arbeitstrainings im geschützten Rahmen lehne die Versicherte aus gesundheitlichen Gründen ebenfalls ab. Sie habe im Gespräch mehrmals angegeben, dass sie sich einerseits zu erschöpft fühle und andererseits rheumabedingte Schmerzen an Rücken und Schultern verspüre; sie könne kaum ein "Konfiglas" heben. Er verweise auf das Arbeitsunfähigkeitszeugnis, in dem der Versicherten von ihrem Hausarzt weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert werde. Unklar bleibe von Seiten der Eingliederung, weshalb die gesundheitliche Situation in Bezug auf die im Gespräch erwähnte Rheuma- Erkrankung nicht näher abgeklärt worden sei; offenbar habe die Versicherte diesen 17 Urteil S 2019 21 Umstand bis heute nicht geltend gemacht. Nach Rücksprache mit der Sachbearbeitung würden die Eingliederungsbemühungen abgebrochen bzw. eingestellt. Im ärztlichen Zeugnis, auf das der Eingliederungsberater verwies, bestätigte Dr. C.\_\_\_\_\_ am 24. Januar 2017, dass die Beschwerdeführerin seit 2014 in seiner Behandlung stehe und die Arbeitsunfähigkeit 100 % seit 1. Dezember 2016, 100 % seit 1. Januar 2017 und 100 % seit 1. Februar 2017 betrage (IV-act. 47). 4.10 Am 24. Februar 2017 erstattete T.\_\_\_\_\_ im Auftrag der

IV-Stelle einen Ab- klärungsbericht Haushalt, in welchem sie in keinem Bereich eine Einschränkung feststel- len konnte (IV-act. 49). Sie hielt zudem fest, dass die Beschwerdeführerin eigenen Anga- ben zufolge 100 % im Verkauf oder mit Reinigungen arbeiten müsste, um ihren Lebensun- terhalt zu verdienen, auch wenn sie bescheiden leben würde. 4.11 Im Arztbericht vom 2. Juni 2017 beschreibt Dr. C.\_\_\_\_\_ den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin als stationär bei gleich gebliebener Diagnose (IV-act. 53). Die Arbeitsunfähigkeit seit der letzten Berichterstattung betrage nach wie vor 100 %. 4.12 Am 6. Juni 2017 erstattete Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Oberärztin mbF Rheumatologie am Spital U.\_\_\_\_\_, einen Bericht an die IV-Stelle, in welchem sie folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte: 1. ein chronisches Schmerzsyndrom zervikal und sakral, DD axiale Spondylarthritis; MRI Hals vom 15. Juli 2016: diffuses Ödem in den Halsweichteilen intra- und intermuskulär sowie interspinalen Bändern und Prozess spinosi; Ganzkörper-MRI vom 25. August 2016: Knochenödem im Bereich ISG links, akti- vierte AC-Gelenksarthrose bds., aktivierte Osteochondrose C5-C7, Knochenödem im Dornfortsatz des HWK6 und BWK12, aktivierte Spondylarthrose im Segment L2/L3 links, dorsale Diskusprotrusion und Retrospondylose im Segment C5/C6 mit möglicher osteodis- kärer Einengung der Neuroforamina; 2. rezidivierende depressive Störung, bei Dr. F.\_\_\_\_\_ in Behandlung; 3. posttraumatische Belastungsstörung, Misshandlung in der Jugend vom Vater und St. n. Suizidversuch (IV-act. 55). Als Diagnose ohne Aus- wirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte Dr. D.\_\_\_\_\_ eine Migräne und einen leichten Vitamin D-Mangel. Die initiale Beurteilung im August 2016 in der Rheumatologie des Spitals U.\_\_\_\_\_ sei durch Dres. V.\_\_\_\_\_ und W.\_\_\_\_\_ zur weiteren Abklärung einer möglichen Spondarthropathie erfolgt [die entsprechenden Berichte waren beigelegt]. Die Patientin habe über seit ca. sieben Jahren bestehende Kopf- und Nackenschmerzen mit muskulären Verspannungen im Bereich des Schultergürtels, Knieschmerzen bds. 18 Urteil S 2019 21 sowie Schmerzen im Vorfuss links berichtet. Zudem habe sie einen Erschöpfungszustand beschrieben. Als ärztlichen Befund verwies Dr. D.\_\_\_\_\_ auf den Status vom 22. Au- gust 2016 (Dr. V.\_\_\_\_\_): leicht eingeschränkte Beweglichkeit der HWS insbesondere bei Linksseitendrehung und Linksseitenneigung. KSA 2 cm, Finger-Boden-Abstand 7 cm; isolierte Druckdolenz über vertebra prominens; Spruling Test negativ; Reflexe symmet- risch und ubiquitär auslösbar; PDMS intakt; Druckdolenz über M. trapezius beidseits und dorsaler Nackenmuskulatur. Druckdolenz über ISG und Beckenkammansatz links. Mennell negativ. Im Hüftgelenk frei beweglich. 4er-Zeichen negativ. Keine Enthesiopathien. Beigh- ton-Score 0 von 9 Punkten. Schulter rechts: uneingeschränkte Beweglichkeit mit positivem Bodycross-Test und schmerzhafter Aussenrotation gegen Widerstand bei erhaltener Mus- kelkraft; ACG frei; Knickfuss links > rechts. Gänslen fraglich positiv links, isolierte Druck- dolenz über MTPG III links. Keine psoriatischen Haut- und Nagelveränderungen. Übriger Rheumastatus unauffällig. Lokalstatus 16. November 2016: Druckdolenz ISG links. Lokal- status 14. Dezember 2016: ISG indolent; paravertebraler Hartspann thorakolumbal und lumbal links. Aufgrund der multifaktoriell diskutierten Beschwerdeätiologie mit einerseits mechanischen myofaszialen Beschwerden, andererseits möglich intermittierend bestehender Entzün- dungsaktivität im Rahmen einer axialen Spondyloarthritis sei keine exakte Prognose mög- lich, insgesamt sei von einem schubweisen Auftreten der Beschwerden auszugehen. Des Weiteren könne eine Beeinträchtigung der Symptomatik durch die psychiatrische Diagno- se nicht ausgeschlossen werden. Von Seiten des Spitals seien keine Arbeitsunfähigkeitszeugnisse ausgestellt worden. Die muskuloskelettalen sowie möglicherweise intermittierend

entzündlichen Beschwerden führten zu einer Beeinträchtigung v.a. in statischen Situationen, aber auch bei Arbeiten in Zwangspositionen sowie bei Gewichtsbelastung. Für eine detaillierte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit im Rahmen eines standardisierten Tests empfohlen, insbesondere da eine multifaktorielle Ätiologie bestehe. Aus rheumatologischer Sicht sei eine schrittweise Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit mit reduzierter Gewichtsbelastung und unter Vermeidung von Zwangspositionen voraus- sichtlich möglich. Diesem Bericht lagen die Berichte über ein MRI Ganzkörper vom

#### **E. 25**

Urteil S 2019 21 - chronisches lumbospondylogenes Syndrom links mit/bei -- Fehlhaltung/Fehlform mit lumbaler linkskonvexer Torsionsskoliose, lumbaler Hyperlordose sowie Haltungsinsuffizienz, muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung -- degenerative Veränderungen im unteren Lendenwirbelsäulenabschnitt o Osteochondrose L4/5 mit degenerativ bedingter segmentaler Gefügelockerung (Anteposition L4 gegenüber L5 Grad 1 nach Meyerding) o fortgeschrittene Osteochondrose L5/S1 o hypertrophe Facettengelenksarthrosen L3 bis S1 - Fingerpolyarthrose, klinisch manifest links, latent rechts - Impingementsymptomatik der Schulter rechts vom Supraspinatustyp bei -- Tendinitis calcarea - Grosszehengrundgelenksarthrose; klinisch manifest links und latent rechts bei -- Knick-Senk-Spreizfuß mit Hallux valgus und ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (mit/ohne) Krankheitswert: - chronisches unspezifisches zervikales Schmerzsyndrom myofaszialer Ausprägung bei/mit Haltungsinsuffizienz und muskulärer Dysbalance - unspezifische Gonalgie links ohne fassbares pathologisches Korrelat in der klinischen Untersuchung - anamnestisch Migräne - Carpe bossu links Die posttraumatische Belastungsstörung bestehe seit etwa 1979, die rezidivierende depressive Störung mit ausgeprägter Erschöpfung seit der Hospitalisation in der Klinik P. \_\_\_\_\_ ca. 1995 und die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren mindestens seit der Hospitalisation in der Klinik B. \_\_\_\_\_ 2015. Das chronische lumbospondylogene Syndrom bestehe seit längerer Zeit, nicht datierbar aufgrund der vagen anamnestischen Angaben und der fehlenden Aktenlage. Die Fingerpolyarthrose sei nicht näher datierbar aufgrund der vagen anamnestischen Angaben und der diesbezüglich fehlenden Aktenlage. Die Impingementsymptomatik der Schulter rechts und die Grosszehengrundgelenksarthrose seien im Rahmen der rheumatologischen Abklärung im Rahmen dieser Begutachtung festgestellt worden.

#### **E. 26**

Urteil S 2019 21 Zur Entwicklung des Gesundheitszustandes bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 20. Dezember 2018 führten die Gutachter aus, dass es nach dem stationären Aufenthalt in der Klinik B. \_\_\_\_\_ 2015 und den nachfolgend durchgeführten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen zwar zum Aufbau einer tragenden therapeutischen Beziehung bei jedoch fehlenden Angaben hinsichtlich erzielter Fortschritte gekommen sei. Aufgrund der Akten und der Anamnese könne von psychiatrischer Seite her retrospektiv keine genaue Aussage gemacht werden, ob und wann sich der Gesundheitszustand und damit die Arbeitsfähigkeit verändert hätten, sodass die aktuelle Einschätzung ab Untersuchungszeitpunkt gelte. Allerdings sei die Annahme überwiegend wahrscheinlich zulässig, dass der Gesundheitszustand und damit die Arbeitsunfähigkeit seit dem Gutachten von Dr. G. \_\_\_\_\_ vom 23. Januar 2017 zwar etwas geschwankt, in dieser Zeit aber immer in einem Bereich zwischen 75 und 100 %

gelegen habe. Im Weiteren könne sogar davon ausgegangen werden, dass die Einschränkung seit der Entlassung aus der Klinik B.\_\_\_\_\_ am 23. Juli 2015 in diesem Bereich gelegen habe. Von rheumatologischer Seite her hätten gemäss Angaben der Versicherten seit Jahren Schmerzen im Lendenwirbelsäulen-, Becken- und Hüftbereich links bestanden. Entsprechende Primärakten lägen nicht vor. 2016 und 2017 sei die Versicherte rheumatologisch abgeklärt und beurteilt worden. Diagnostiziert worden sei ein chronisches Schmerzsyndrom zervikal und sakral auf dem Boden degenerativer Veränderungen und mit der Differentialdiagnose einer axialen Spondylarthritis bei entsprechenden kernspintomographischen Hinweisen. Gemäss Akte vom 21. September 2017 bestünden seit ca. sieben Jahren (d.h. seit ca. 2009) Kopf- und Nackenschmerzen mit muskulären Verspannungen im Bereich des Schultergürtels, zudem intermittierende Knieschmerzen beidseits und Schmerzen im linken Vorfuss. Schmerzen im Lendenwirbelsäulenbereich seien nicht dokumentiert. Im Rahmen einer radiologischen second opinion seien die Kernspintomographien dem ausgewiesenen Radiologen Prof. Dr. med. AA.\_\_\_\_\_, AB.\_\_\_\_\_, vorgelegt worden, der seiner Überzeugung Ausdruck gegeben habe, dass bildgebend kein Muster passend zu einer Spondylarthritis vorliege und alterstypische Degenerationen der Sakroiliakalgelenke bestünden. Retrospektiv lasse sich seitens des Bewegungsapparates aufgrund der Aktenlage und der vagen Angaben der Versicherten keine nachvollziehbare Entwicklung des Gesundheitszustandes feststellen. Zu den Standardindikatoren nahmen die Gutachter dahingehend Stellung, dass bei der Kategorie "funktioneller Schweregrad" und dem Komplex "Gesundheitsschädigung" bezüglich der rezidivierenden depressiven Störung gegenwärtig eine mittelgradige depres-

#### **E. 27**

Urteil S 2019 21 sive Episode mit somatischem Syndrom und ausgeprägter Erschöpfung vorliege. Hinsichtlich Ausprägung der posttraumatischen Belastungsstörung seien die Forschungskriterien überwiegend wahrscheinlich erfüllt. Bezüglich der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sei von einer mittelgradig bis schweren Schmerzstörung auszugehen. Von rheumatologischer Seite her seien die degenerativen Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule, der Finger- und Zehengelenke als mittelgradig einzustufen. Die Impingementsymptomatik der rechten Schulter bei Tendinitis calcarea wie auch die Fussdeformität mit sekundärer Grosszehengrundgelenksarthrose zeigten eine leichte Funktionsstörung der besagten Gelenke. Von psychiatrischer Seite her bestehe unter medikamentös-antidepressiver Behandlung und fortgesetzter ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Therapie eine Behandlungsresistenz, indem erzielte Fortschritte fehlten. Zum Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) wird ausgeführt, dass die Versicherte leistungsorientiert und stolz auf ihre Leistungen sei und dass sie hohe Anforderungen an sich selber stelle. Von ihrer Leistungsfähigkeit habe all die Jahre ihr Selbstwertgefühl abgehangen. Sie habe erst spät zu lernen begonnen, Signale ihres Körpers zu beachten und auf sich selber und ihre Grenzen Rücksicht zu nehmen. Sie habe auch Persönlichkeitsgefüge und Copingmuster, die günstig seien, und damit Ressourcen: Sie sei dankbar für ihr Leben, ihre Erfolge, die Chancen, die sich ihr geboten hätten, und für ihre Familie. Sie engagiere sich für Menschen, die ihr wichtig seien wie ihre Familie. Zum Komplex "sozialer Kontext" hielten die Gutachter fest, dass sich die sozialen Kontakte auf ihre Kinder, insbesondere die zwei Töchter, beschränkten. Weitere Bezugspersonen ausser ihren Therapeutinnen/Therapeuten habe sie nicht. Sie halte Haustiere (zwei Katzen und einen kleinen Hund). Bezüglich Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des

Verhaltens) wurde ausgeführt, dass es weder in der Schilderung der Beschwerden, den Akten noch in der Verhaltensbeobachtung Hinweise für Verdeutlichung, Aggravation oder Dissimulation gebe. Eine Simulation lasse sich naturgemäss nie ganz ausschliessen. Aber das bewusste und vor allem das ausschliessliche Vortäuschen einer krankhaften Störung dürfte die kognitiven Fähigkeiten der Explorandin übersteigen. In Bezug auf die im Vordergrund stehende Symptomatik seien die Beschwerdeschilderung, der geschilderte Tagesablauf, die berichteten Aktivitäten und sozialen Kontakte konsistent mit den Befunden und Akten und kongruent mit

#### **E. 28**

Urteil S 2019 21 den gestellten Diagnosen. Es bestehe eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen. Sie stehe in regelmässiger psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und die bisherige Compliance sei, soweit beurteilbar, gut. Die Serumspiegel von Venlafaxin entsprächen dem, was bei der verordneten Dosierung und dem Zeitraum zwischen Einnahme und Blutentnahme pharmakinetisch zu erwarten sei, und lägen trotz der eher tiefen Dosis im Normbereich. Die Serumspiegel zeigten, dass sie das Antidepressivum einnehme. Es bestehe ein deutlicher Leidensdruck. Bidisziplinär und vorwiegend aus psychiatrischer Sicht erachteten die Gutachter die Versicherte sowohl in der früheren Tätigkeit im Verkauf und als Reinigungsfrau als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit als zu 0 % arbeitsfähig. Dem Leiden angepasste Tätigkeiten gebe es aus psychiatrischer Sicht nicht. Von rheumatologischer Seite her sollte ein dem Leiden optimal angepasstes Arbeitsprofil körperlich ausschliesslich leichte und mittelschwere Tätigkeiten beinhalten, ohne schwere manuelle beziehungsweise repetitive beziehungsweise feinmotorische manuelle Verrichtungen, ohne den Rücken und die Finger-/Daumengelenke belastende Arbeitspositionen, ohne Tätigkeiten, die verbunden seien mit Schlägen und Vibrationen, ohne Tätigkeiten in ausschliesslich stehender oder gehender sowie sitzender Zwangsposition wie auch ohne Tätigkeiten mit feucht-kalter Witterungsexposition. Aufgrund der Akten und der Anamnese könne von psychiatrischer Seite her retrospektiv keine genaue Aussage gemacht werden, ob und wann sich der Gesundheitszustand und damit die Arbeitsfähigkeit verändert hätten, sodass die aktuelle Einschätzung ab Untersuchungszeitpunkt gelte. Allerdings sei die Annahme von psychiatrischer Seite her überwiegend wahrscheinlich zulässig, dass der Gesundheitszustand und damit die Arbeitsunfähigkeit seit dem Gutachten von Dr. G. \_\_\_\_\_ vom 23. Januar 2017 zwar etwas geschwankt habe, aber in dieser Zeit immer in einem Bereich zwischen 75 und 100 % gelegen habe. Es könne sogar davon ausgegangen werden, dass die Einschränkung bereits seit der Entlassung aus der Klinik B. \_\_\_\_\_ am 23. Juli 2015 in diesem Bereich bestanden habe. Von rheumatologischer Seite her sei die Versicherte seitens ihres Bewegungsapparates bezüglich Arbeitsfähigkeit prozentual nie beurteilt worden. Festgehalten worden sei im IV-Arztbericht der Rheumatologie des Spitals U. \_\_\_\_\_ vom 6. Juni 2016 eine Beeinträchtigung vor allem hinsichtlich statischer Situationen aber auch bei Arbeiten in Zwangspositionen sowie Gewichtsbelastung. Eine schrittweise Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit mit reduzierter Gewichtsbelastung unter Vermeidung von Zwangspositionen sei als möglich erachtet worden. Retrospektive Angaben zur Entwicklung des Gesund-

#### **E. 29**

Urteil S 2019 21 Gesundheitszustandes seitens des Bewegungsapparates und damit der Arbeitsfähigkeit seien aufgrund der Angaben der Versicherten und der Aktenlage nur

arbiträr zu schätzen. Deshalb habe aus somatischer Sicht die attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % hinsichtlich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit ab Datum dieses Gutachtens Gültigkeit. Es bestünden zumutbare Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit. Von psychiatrischer Seite her indiziert sei die Fortsetzung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung inklusive ergänzender oder integrierter spezifischer Traumatherapie und kognitiver Verhaltenstherapie. Von rheumatologischer Seite her sei zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit ein Rekonditionierungsprogramm indiziert mit aufbauender Kräftigung der Rumpf- und Extremitätenmuskulatur primär physiotherapeutisch instruiert und begleitet mit dem Ziel einer Langzeitdurchführung durch die Versicherte selbst. Bezüglich der Fingerpolyarthrose seien ergotherapeutische Massnahmen sinnvoll, insbesondere hinsichtlich der Hilfsmittelberatung. Bezüglich der Vorfussschmerzen beidseits sei eine optimale Fussbettung zur Entlastung der Grosszehengrundgelenke angezeigt und bezüglich der Impingementsymptomatik bei Tendinitis calcarea könne ein Needling empfohlen werden. Eine medikamentöse Schmerztherapie solle zwar erfolgen, die bisherige analgetische Substanz Tramadol aber durch Paracetamol und/oder Metamizol ersetzt werden. Zur Prognose auch unter adäquater Therapie äusserten sich die Gutachter vorsichtig. Es sei sowohl eine Verschlechterung wie auch eine Verbesserung möglich; am wahrscheinlichsten sei jedoch ein gleichbleibender Gesundheitszustand.

4.23 Die IV-Stelle holte in der Folge die Meinung ihres RAD ein. In seiner Stellungnahme vom 25. August 2020 kommt RAD-Arzt Dr. AC. \_\_\_\_\_, Facharzt innere Medizin (D), Facharzt Arbeitsmedizin (D), im Wesentlichen zur Schlussfolgerung, dass auf das bidisziplinäre Gutachten, das alle Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten erfülle, abgestützt werden könne. Demnach stünden bei der Versicherten eine PTBS, eine chronifizierte depressive Störung und ein chronisches Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen des Stütz- und Bewegungsapparats im Vordergrund, wobei noch nicht alle Therapieoptionen ausgeschöpft seien. Auch wenn sich somatisch eine weitgehend uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit erzielen liesse, gehe der psychiatrische Gutachter davon aus, dass sich wegen der Chronifizierung des psychischen Krankheitsgeschehens auch unter Therapieoptimierung keine massgebliche Änderung herbeiführen liesse. Für den nichtfachpsychiatrischen Unterzeichner seien die gemachten Ausführungen im Wesentlichen nachvollziehbar, insbesondere prognostisch im Hinblick auf die geringe verbleibende Restarbeitszeit; gegebenenfalls davon abweichende

### **E. 30**

Urteil S 2019 21 Beurteilungen früherer Untersucher/Behandler seien als "andere Beurteilung des gleichen medizinischen Sachverhalts" zu sehen. Die vom Bundesgericht im Urteil 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015 aufgestellten Standardindikatoren für die Begutachtung seien im Wesentlichen inhaltlich wie formal berücksichtigt worden. Es ergebe sich damit eine Arbeitsunfähigkeit zu 100 % seit ca. Januar 2017 bis auf weiteres für jegliche Tätigkeiten.

5. 5.1 Das Gutachten der MEDAS erfüllt alle der in Erwägung 3.3 vorstehend erwähnten Anforderungen an ein voll beweiskräftiges Gutachten, weshalb grundsätzlich darauf abgestellt werden kann. Dies anerkennt mit wenigen Vorbehalten auch die Vorinstanz. Die Diskrepanzen zu früheren ärztlichen Beurteilungen rühren im Wesentlichen daher, dass keine interdisziplinären Abklärungen vorgenommen wurden, obwohl offensichtlich einerseits eine psychische, andererseits aber auch eine somatische Problematik vorlag. Erst die disziplinenübergreifende Abklärung im Rahmen des gerichtlich angeordneten Gutachtens hat Klarheit über die Gesamtsituation gebracht. Dies

hätte auch bereits die Vorinstanz durchführen können und auch müssen, sodass ihr der Vorwurf nicht erspart bleiben kann, ihrer Abklärungspflicht im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht ausreichend nachgekommen zu sein. 5.2 Soweit die Vorinstanz aktenwidrig moniert, dass sich die MEDAS-Gutachter nicht mit dem früheren psychiatrischen Gutachten von Dr. G.\_\_\_\_\_ auseinandergesetzt hätten, ist sie nicht zu hören. Auf den Seiten 5 ff. des psychiatrischen Teilgutachtens führt Dr. J.\_\_\_\_\_ detailliert, ausführlich und nachvollziehbar aus, dass und weshalb das Gutachten von Dr. G.\_\_\_\_\_ wesentliche Mängel auch diagnostischer Einordnung aufweist und zwar insbesondere im Bereich der posttraumatischen Belastungsstörung PTBS, die von den Gutachtern bejaht, von Dr. G.\_\_\_\_\_ hingegen verworfen wird. Wenn die Diagnostik unzutreffend ist, folgt daraus in der Regel auch eine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Gestützt auf die Ausführungen von Dr. J.\_\_\_\_\_ kann dem Gutachten von Dr. G.\_\_\_\_\_ denn auch keine Beweiskraft zukommen, was von der Vorinstanz zu Recht auch gar nicht vorgebracht wird. Soweit seitens der Beschwerdegegnerin von einer anderen Beurteilung des gleichen Sachverhalts gesprochen wird, so irrt sie und ist sie damit nicht zu hören. Da es bis zum MEDAS- Gutachten an einer umfassenden Abklärung gefehlt hat, ist bisher auch gar keine gesamt- heitliche Beurteilung des Sachverhalts vorgenommen worden.

### **E. 31**

Urteil S 2019 21 5.3 Es bleibt somit bei der vollen Beweiskraft des MEDAS-Gutachtens. Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung war die Beschwerdeführerin demnach aus psychiatrischen Gründen zu 100 % arbeitsunfähig, wobei zusätzlich auch eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit aus somatischer Sicht festgestellt worden ist. Bei dieser Sachlage mit einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit kann auf einen Einkommensvergleich verzichtet werden und die Beschwerdeführerin hat demnach grundsätzlich Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Es bleibt zu prüfen, wann der Rentenanspruch entstanden ist. 5.4 Da die Gutachter bestätigt haben, dass die Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit dem 23. Januar 2017 – dem Gutachten von Dr. G.\_\_\_\_\_ – zu 75 bis 100 % arbeitsunfähig war und die Arbeitsunfähigkeit bereits seit der Entlassung aus der Klinik B.\_\_\_\_\_ am 23. Juli 2015 im gleichen Bereich bestanden haben dürfte, ist der Beginn des Rentenanspruchs – nach Ablauf des auch so von der Vorinstanz festgesetzten Wartejahres im Mai 2016 und der Beachtung der sechsmonatigen Frist seit der IV-Anmeldung vom 22. September 2015 – auf den 1. Mai 2016 festzusetzen. Statt der befristeten halben Rente, die der Beschwerdeführerin mit der angefochtenen Verfügung ab diesem Datum zugesprochen worden ist, ist ihr ab diesem Datum eine unbefristete ganze Rente zuzusprechen. Die Beschwerde erweist sich daher als begründet und ist gutzuheissen. 6. Das Verfahren ist gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG kostenpflichtig. Demnach ist eine Spruchgebühr zu erheben, die auf Fr. 800.– festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen ist. Eine Parteientschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG ist der Beschwerdeführerin mangels anwaltlicher Vertretung nicht zuzusprechen. Die Kosten des bei der MEDAS eingeholten Gutachtens von insgesamt Fr. 10'567.05 sind der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen, da sie ihrer Abklärungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG unzureichend nachgekommen ist und ein Zusammenhang besteht zwischen dem Untersuchungsmangel und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen (s. dazu BGE 143 V 269 E. 3.3). Ohne dieses Gutachten hätte die Sachlage jedenfalls nicht abschliessend beurteilt werden können.

**E. 32**

Urteil S 2019 21 Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

---

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