

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2019 52

## Entscheid vom 28. Oktober 2019

---

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter  
MLaw Dennis Feusi, a.o. Gerichtsschreiber

---

Parteien

C. \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführerin,  
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. D. \_\_\_\_\_,  
D. \_\_\_\_\_,

**gegen**

**IV-Stelle Schwyz**, Rechtsdienst, Postfach 53, 6431 Schwyz,  
Vorinstanz,

---

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen / Rente)

## **Sachverhalt:**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (geb. C.\_\_\_\_\_ 1955) hat nach der Primar- und Sekundarschule in Engelberg sowie einem Welschlandjahr ab 1972 diverse Erwerbstätigkeiten ausgeübt (im Verkauf sowie im Service). Von 1988 bis 1998 konzentrierte sie sich auf ihre Aufgaben als Mutter (einer 1988 geborenen Tochter) sowie als Hausfrau. Von 1998 bis 2011 führte sie den Kiosk A.\_\_\_\_\_. Ab 2011 arbeitete sie in der Spedition der Firma B.\_\_\_\_\_ (IV-act. 11 i.V.m. IV-act. 5-3/8). Am 4. Oktober 2012 ging bei der IV-Stelle eine Meldung für eine Früherfassung ein, wonach C.\_\_\_\_\_ wegen Krankheit seit 1. August 2012 arbeitsunfähig war (IV-act. 1). Nach einem Erstgespräch vom 31. Oktober 2012, an welchem die gesundheitlichen Probleme mit "starker Schwindel, Erschöpfung und permanentes Kopfweg, Gleichgewichtsstörungen" umschrieben wurden (IV-act. 3-3/5), erfolgte am 20. November 2012 (= Eingangsdatum) eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen (IV-act. 5). Die Kündigung des bisherigen Arbeitsplatzes folgte am 28. Januar 2013 per Ende März 2013 (vgl. IV-act. 18-1/2 unten i.V.m. IV-act. 26).

**B.** Nach diversen Abklärungen teilte die IV-Stelle am 5. März 2013 mit, dass Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche durch die IV-Arbeitsvermittlung gewährt werde (IV-act. 19). Am 2. Mai 2013 erteilte die IV-Stelle Kostengutsprache für einen Testarbeitsplatz (IV-act. 29), welcher von der Firma AI.\_\_\_\_\_ angeboten wurde (IV-act. 32). Zudem wurde ein IV-Taggeld gewährt (IV-act. 33). Dieser Einsatz (auf der Basis einer Präsenzzeit von 50% und einer Arbeitsleistung von 40%) dauerte vom 7. Mai 2013 bis zum 31. Oktober 2013 (IV-act. 35 und 36). Anschliessend konnte C.\_\_\_\_\_ bei der gleichen Firma in einem temporären Arbeitsverhältnis (Teilzeit) weiterarbeiten, wobei dieses Einkommen als Zwischenverdienst bei der Arbeitslosenversicherung angerechnet wurde (IV-act. 41-9/9).

**C.** Am 27. Januar 2014 teilte die IV-Stelle mit, dass die Kosten für eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung übernommen werden (IV-act. 43). Der Begutachtungsauftrag wurde (E.\_\_\_\_\_) zugestimmt (IV-act. 59). Gemäss Mitteilung vom 14. Juli 2014 übernahm die IV-Stelle die Kosten für Beinorthesen nach ärztlicher Verordnung (IV-act. 60) sowie für orthopädische Spezialschuhe (IV-act. 61). Am 12. August 2014 wurden C.\_\_\_\_\_ die Namen der Gutachter mitgeteilt (IV-act. 65). Am 12. November 2014 ging bei der IV-Stelle das E.\_\_\_\_\_ - Gutachten vom 3. November 2014 ein (IV-act. 69). Nachdem die konsultierte RAD-Ärztin das Gutachten als nachvollziehbar und schlüssig beurteilt hatte (IV-act. 70-5/5), kündigte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 28. November 2014 an, das Rentenbegehren abzuweisen (IV-act. 72). Dagegen opponierte C.\_\_\_\_\_

mit Eingaben vom 5. und 15. Januar 2015 (IV-act. 77 und 78) sowie vom 3. Februar 2015 (IV-act. 80).

**D.** Am 30. März 2015 verfügte die IV-Stelle, dass C.\_\_\_\_\_ Anspruch auf Arbeitsvermittlung im Sinne von Art. 18 IVG habe, im Übrigen aber das Leistungsbegehren abgewiesen werde (IV-act. 85). Dagegen liess C beim Verwaltungsgericht Beschwerde einreichen (IV-act. 88). Am 13. Juli 2015 hat die IV-Stelle ihre Verfügung vom 30. März 2015 widerrufen (IV-act. 96), worauf der Einzelrichter des Verwaltungsgerichts mit Entscheid I 2015 47 vom 15. Juli 2015 das Beschwerdeverfahren als gegenstandslos geworden am Protokoll abschreiben konnte (IV-act. 98).

**E.** In der Folge erachtete die IV-Stelle eine zusätzliche psychiatrische und neurologische Abklärung als nötig, wobei als Gutachterstelle die AJ.\_\_\_\_\_ bestimmt wurde (IV-act. 104 bis IV-act. 107). Das bidisziplinäre AJ.\_\_\_\_\_ - Gutachten vom 13. März 2017 ging am 15. März 2017 bei der IV-Stelle ein (IV-act. 112). Nach einer Beurteilung des Gutachtens durch einen RAD-Arzt kündigte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 13. Juli 2017 an, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 118). Mit Eingaben vom 8. September 2017 und vom 23. Dezember 2017 erhob C.\_\_\_\_\_ Einwände gegen den Vorbescheid (IV-act. 123 und 127).

**F.** In der Zwischenzeit war am 11. August 2017 bei der IV-Stelle eine Anmeldung zum Bezug einer Hilflosenentschädigung eingegangen (IV-act. 121). Seit dem 1. Oktober 2017 bezieht C.\_\_\_\_\_ eine vorbezogene AHV-Altersrente (vgl. IV-act. 130-2/6). Der IV-Abklärungsbericht hinsichtlich Hilflosigkeit folgte am 21. Dezember 2017 (IV-act. 130). Mit Vorbescheid vom 11. Januar 2018 wurde ein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung verneint (IV-act. 131).

**G.** Die RAD-Psychiaterin AK.\_\_\_\_\_ erachtete am 1. März 2018 eine Rückfrage an die Gutachterstelle AJ.\_\_\_\_\_ AG als nötig (IV-act. 133-10/10). Die Antwort der AJ.\_\_\_\_\_ folgte am 13. April 2018 (siehe IV-act. 136). Nachdem die IV-Stelle dem Rechtsvertreter von C.\_\_\_\_\_ am 13. Juni 2018 mitgeteilt hatte, dass eine polydisziplinäre Verlaufsbegutachtung beabsichtigt sei (IV-act. 139), reichte der Rechtsvertreter am 2. August 2018 beim Verwaltungsgericht Beschwerde ein (IV-act. 152). Mit Schreiben vom 8. August 2018 präzisierte die IV-Stelle, dass noch kein Verlaufsgutachten in Auftrag gegeben werde, sondern vielmehr vorerst der Gutachterstelle Ergänzungsfragen unterbreitet würden (IV-act. 156-3/3). Daraufhin hat C.\_\_\_\_\_ ihre Beschwerde zurückgezogen (IV-act. 159), worauf das Beschwerdeverfahren I 2018 64 als gegenstandslos geworden am Protokoll abgeschrieben werden konnte (IV-act. 160).

**H.** Am 3. Dezember 2018 erstattete die Gutachterstelle AJ.\_\_\_\_\_ ihre ergänzende Stellungnahme (IV-act. 165), welche von einer RAD-Fachärztin (allg. innere Medizin FMH) am 17. Januar 2019 kommentiert wurde (IV-act. 166-11ff./14). Mit Vorbescheid vom 27. Februar 2019 lehnte die IV-Stelle es ab, einerseits einen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung sowie andererseits einen Anspruch auf IV-Rentenleistungen zu gewähren (IV-act. 170 und 171). Dagegen liess C.\_\_\_\_\_ am 14. März 2019 Einwände erheben (IV-act. 172 und 173). Mit separaten Verfügungen vom 11. Juni 2019 verneinte die IV-Stelle Ansprüche auf Hilflosenentschädigung sowie auf eine IV-Rente (IV-act. 177 und 178).

**I.** Mit rechtzeitiger Beschwerde vom 10. Juli 2019 ans Verwaltungsgericht stellte C.\_\_\_\_\_ folgende Anträge:

1. Die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 11. Juni 2019 sei aufzuheben und die Leistungspflicht der IV gegenüber der Bf sei zu bejahen;
2. Dazu sei allenfalls die ganze Angelegenheit zur genaueren, aktuellen medizinischen, vor allem psychiatrischen Abklärung, und/oder allenfalls zur Durchführung einer Abklärung betreffend der effektiven Leistungsfähigkeit durch eine entsprechende Abklärungsanstalt, an die Vorinstanz zurückzuweisen, wobei es sich bei dieser Abklärungsanstalt/Gutachterstelle nicht um die mehrfach vorbereitete und unsererseits mehrfach abgelehnte AJ.\_\_\_\_\_ handeln darf.  
ev. sei eine neutrale, "AJ.\_\_\_\_\_"-fremde Gutachterstelle mit der Erstellung eines polymedizinischen Verlaufsberichtes zu beauftragen.
3. Unter Entschädigungsfolgen zu Lasten der IV-Stelle Schwyz.

Und prozessualiter: Die Beschwerdeführerin sei anlässlich einer öffentlichen Verhandlung durch das Verwaltungsgericht persönlich zu befragen.

Mit Vernehmlassung vom 30. August 2019 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdeführerin.

Am 15. Oktober 2019 fand die von der Beschwerdeführerin beantragte mündliche Verhandlung mit Parteibefragung statt. Zuvor hatte die IV-Stelle mit Schreiben vom 3. Oktober 2019 dargelegt, weshalb sie auf eine Teilnahme an der mündlichen Verhandlung verzichte.

Anzufügen ist, dass die Beschwerdeführerin auch gegen die Ablehnung eines Anspruchs auf eine Hilflosenentschädigung beim Verwaltungsgericht eine Beschwerde einreichte (vgl. Verfahren I 2019 53).

### **Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.1** Nach Art. 4 Abs. 1 des Invalidenversicherungsgesetzes (IVG; SR 831.20) in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil

des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) gilt als Invalidität die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen; eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

Die versicherte Person hat nach Art. 28 Abs. 2 IVG

- Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent,
- Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent,
- Anspruch auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent,
- und Anspruch auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid ist.

**1.2** Der Invaliditätsgrad bestimmt sich nach Art. 16 ATSG, wonach zur Ermittlung des Invaliditätsgrades 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 (= sog. hypothetisches Invalideneinkommen), zum Erwerbseinkommen in Beziehung gesetzt wird, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (= sog. hypothetisches Valideneinkommen). Es ist für die Invaliditätsbemessung nicht entscheidend, ob die versicherte Person ihre (Rest-)Arbeitsfähigkeit erwerblich verwertet, d.h. von der verbliebenen Erwerbsfähigkeit Gebrauch macht. Vielmehr ist die Invalidität stets auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. A., Art. 28a N 27).

**1.3** Die Invalidität bemisst sich somit nicht nach medizinischen, sondern nach wirtschaftlichen, erwerblichen Kriterien, nach der Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist das Unvermögen, auf dem gesamten für die versicherte Person in Frage kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt die verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise wirtschaftlich zu verwerten (BGE 109 V 25 Erw. 3d). Wer nicht mindestens teilweise arbeitsunfähig ist, kann auch nicht erwerbsunfähig und mithin nicht invalid sein (vgl. BGE 105 V 139 Erw. 1b).

**1.4** Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des Sachverhalts zu sorgen (BGE 122 V 157 Erw. 1a). Mit dem Untersuchungsgrundsatz korrelier-

ren die Mitwirkungspflichten der versicherten Person, indem diese zur Abklärung des Sachverhaltes beitragen muss (vgl. Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 53-57 IVG N 10 mit Verweis auf BGE 122 V 157 Erw. 1a).

**1.5.1** Die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter sind bei der Bemessung des IV-Grades auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand des Versicherten zu beurteilen. Der Arzt hat auch dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeit 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 125 V 256 Erw. 4).

**1.5.2** In der Würdigung der Beweise ist der Sozialversicherungsrichter frei (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Er hat die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Er hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; 122 V 157 Erw. 1c). Im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialisten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist regelmässig volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 Erw. 1.3.4 mit Hinweis).

**1.5.3** Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist mithin entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a).

**1.5.4** In der Rechtsprechung sind die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung seit jeher wie folgt verteilt worden: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher

Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür die Verwaltung und im Streitfall Gerichte nicht kompetent sind (vgl. z.B. Urteil BGer 9C\_437/2012 vom 6.11.2012 Erw. 3.2). Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Die ärztlichen Angaben sind eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (so die mit BGE 105 V 156 Erw. 1 S. 158 f. begründete, mehrfach bestätigte Rechtsprechung, z.B. BGE 132 V 93 Erw. 4).

**1.6** Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3. A., Rz. 153; Urteil BGer 8C\_424/2010 vom 19.7.2010 Erw. 3.2.3; BGE 134 I 140 Erw. 5.3).

**2.1** Nach Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG. Der Anspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann (IV-act. 29 Abs. 2 IVG). Der Rentenanspruch erlischt mit der Entstehung des Anspruchs auf eine Altersrente der AHV (Art. 30 1. Satzteil IVG).

**2.2.** Gemäss der Aktenlage erfolgte die IV-Anmeldung am 20. November 2012 (vgl. IV-act. 5), derweil der IV-Taggeldbezug vom 6. Mai 2013 bis zum 31. Oktober 2013 dauerte (IV-act. 33 i.V.m. IV-act. 36). Bei dieser Sachlage geht es im vorliegenden Fall grundsätzlich um die Fragestellung, ob und inwiefern die Versicherte im Zeitraum seit der Beendigung des Taggeldanspruchs (d.h. ab 1.11.2013) bis zum 30. September 2017 (= letzter Tag vor der Inanspruchnahme der vorbezogenen AHV-Rente) Anspruch auf IV-Rentenleistungen hat.

**3.** Zur gesundheitlichen Situation und dem Verlauf in der genannten Zeitperiode (November 2013 bis September 2017) sind den vorliegenden Akten u.a. die nachfolgend dargelegten Angaben zu entnehmen:

**3.1** In einem bei der IV-Stelle am 28. Februar 2013 eingegangenen Bericht fasste Dr.med. F.\_\_\_\_\_ (Oberärztin des Luzerner Kantonsspitals/ Ambulante Neurorehabilitation) die massgebenden Diagnosen wie folgt zusammen (IV-act. 17-1/9, Ziff. 1.1):

Unklare neurologische Symptomatik (Fatigue seit einigen Monaten, TIA-ähnliche Symptomatik 31.07.2012 mit Sehstörungen, Schwankschwindel, Unwohlsein/ Übelkeit, zentrale Fascialisparese rechts und Kopfschmerzen);

Kein Nachweis einer zerebrovaskulären Problematik (CCT, Schädel-MRI, Ultraschall der hirnversorgenden Arterien, kardiologische Abklärungen).

Ausschluss eines Infektes (Neuro-Borreliose, neurotrope Viren) sowie einer sonstigen internistischen Problematik (laut Ihren Angaben).

Positive Familienanamnese auf Multiple Sklerose.

Diese Oberärztin veranschlagte per 29. Januar 2013 (letzte Konsultation vor Berichterstattung) bis Ende Dezember 2012 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit in der Spedition einer Firma (für ...Medizintechnik) sowie ab Januar 2013 bis 30. April 2013 eine solche von 60% (IV-act. 17-2/9, Ziff. 1.6). Des Weiteren führte die Oberärztin aus, die Versicherte sei im Prinzip ab sofort mit 50%igen Präsenzzeiten für ihre bisherige oder für eine vergleichbare Tätigkeit einsetzbar, möglichst mit wenig Leistungsdruck (vgl. IV-act. 17-3/9, Ziff. 1.9). In einem analogen Bericht vom 19. Februar 2013 an den Hausarzt Dr.med. G.\_\_\_\_\_ hatte die gleiche Oberärztin u.a. darauf hingewiesen, dass eine zweifellos begleitende depressive Symptomatik seit Ende Oktober 2012 antidepressiv behandelt werde. Zudem erachtete sie eine 3-wöchige stationäre, ganzheitlich ausgerichtete Rehabilitation mit einem strukturierten Aufbauprogramm, idealerweise mit psychologischer Unterstützung, als geboten (IV-act. 21-5f./11). Im gleichen Bericht hob diese Oberärztin ihre Einschätzung hervor, wonach sie die (58-jährige) Versicherte bei allen Begegnungen - trotz der Erschöpfung - als sehr motiviert und kämpferisch erlebt habe (vgl. IV-act. 21-5/11 oben; vgl. IV-act. 39-18/28 oben).

**3.2** Prof. Dr.med. H.\_\_\_\_\_ Müller (Leitender Arzt Neurologie/ Luzerner Kantonsspital) und Dr.med. I.\_\_\_\_\_ (Assistenzärztin) nahmen am 21. März 2013 eine neurologische Untersuchung der Versicherten vor. Im gleichentags erstellten Bericht wurden folgende Diagnosen festgehalten (IV-act. 39-14/28):

1. Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel Bogengang links
2. St.n. CVI im vertebro-basilären Stromgebiet
  - initiale Klinik: Verschwommensehen, Schwankschwindel, Unwohlsein/ Übelkeit, Fascialisparese rechts, im Verlauf komplett regredient
  - CCT im KM 31.7.12: Keine Blutung, grosse Gefässe offen, keine frische Ischämie abgrenzbar, Elongation VA bds. mit Coiling im V2-V4 Segment, wenig Plaques, keine relevanten Stenosen

- Ätiologie: am ehesten kardio-embolisch bei intermittierendem Vorhofflimmern
  - MRI Schädel 6.8.12: Keine Ischämie, keine intrakranielle Raumforderung.
  - Neurovask. Sono 6.8.12: keine Plaques, keine Stenosen, Verschlüsse oder Dissektionen. AA. vertebrales über die gesamte extrakranielle Länge unauffällig.
  - Ophthalmolog. Konsil: Gesichtsfeld bds. regelrecht, Nahexophorie, Hyperopie und Presbyopie bds.
  - cvRF: Persistierender Nikotinkonsum (ca. 25 py), Hypercholesterinämie, positive Familienanamnese
3. Vasospastische Herzkrankheit mit intermittierendem Vorhofflimmern
- Koronarangiographie 16.5.2010: Proximaler RIVA 30%ige Stenose (10-20mm), Proximale RCA 25%ige Stenose (10-20mm). LV-EF61% (...)

In der Beurteilung dieser neurologischen Untersuchung wurde u.a. ausgeführt, die armbetonte Hemiparese rechts sei als residuell nach Cerebrovaskulärem Insult im Juli 2012 zu interpretieren. Nach Durchführung des Repositionsmanövers nach Epley durch Dr... (HNO) "sistierte der Schwindel" und es sei kein Nystagmus mehr beobachtet worden (IV-act. 39-15/28).

**3.3** Vom 25. März 2013 bis zum 2. Mai 2013 hielt sich die Versicherte in der Klinik ... auf. Gemäss Austrittsbericht wurden folgende Diagnosen evaluiert (IV-act. 39-9/28):

#### **Rehabilitationsdiagnosen**

Ätiologisch ungeklärte Hemiparese rechts mit holocephalem linksbetontem Kopfschmerz, Fatigue, Leistungsminderung nach St.n. vorbefundlicher TIA im vertebro-basilärem Stromgebiet am 31.07.2012

- *kardiovaskuläre Risikofaktoren*: arterielle Hypertonie, VHF, Nikotinabusus
- V.a. dissoziative Halbseitenlähmung in wechselnder Ausprägung
- Chron. Spannungskopfschmerz, unter Amitriptylin seit 4.4.13
- Depression mit Fatigue und eingeschränkter psychomentaler Belastbarkeit

#### **Nebendiagnosen**

Vasospastische Herzkrankheit mit intermittierendem Vorhofflimmern

- St.n. PTCA 05/10
- unter OAK

Arterielle Hypertonie

Latente Hyperthyreose

Osteoporose (ED 2006)

Rezidivierende HWI und Mikrohämaturie

**3.4** Im Zusammenhang mit dem Arbeitsversuch bei der Firma ... und unter Einbezug des Regionalen Arbeitsvermittlungszentrums (RAV) ... wurde am 7. Oktober 2013 festgehalten, dass die Versicherte weiterhin zu 50% arbeitsunfähig geschrieben sei und diesbezüglich ab 1. November 2013 wieder ein Krankentaggeld von 50% beziehe (vgl. IV-act. 41-8/9).

**3.5** Am 17. Oktober 2013 wurde die Versicherte in der rheumatologischen Sprechstunde des Luzerner Kantonsspitals untersucht. Dr.med. J. \_\_\_\_\_ (Leitender Arzt Rheumatologie) und Dr.med. K. \_\_\_\_\_ (Oberarzt Rheumatologie) stellten im Bericht vom 28. Oktober 2013 folgende Diagnosen (vgl. IV-act. 39-6/28; siehe auch 69-39/51):

1. Bursitis trochanterica rechts
  - leichte coxarthrotische Veränderungen linksbetont (Röntgen 17.10.2013)
  - aktuell: Bursa-Steroidinfiltration
2. St.n. CVI im vertebrobasilären Stromgebiet 31.07.2012
  - am ehesten kardio-embolisch bei intermittierendem Vorhofflimmern
  - Keine Blutung, grosse Gefässe offen, keine frische Ischämie abgrenzbar, Elongation VA bds. mit Coiling im V2-V4 Segment, wenig Plaques, keine relevanten Stenosen (CCT 08/12)
  - Keine Ischämie, keine intrakranielle Raumforderung (MRI Schädel 8/12)
  - cvRF: Persistierender Nikotinkonsum (ca. 25 py), Hypercholesterinämie, positive Familienanamnese
3. Vasospastische Herzkrankheit mit intermittierendem Vorhofflimmern
  - Proximaler RIVA 30%ige Stenose (10-20mm), RCA 25%ige Stenose (10-20mm). LV-EF 61% (...)

Zur Arbeitsfähigkeit nahmen diese Ärzte nicht Stellung.

**3.6** In einem Bericht vom 26. November 2013 an den Hausarzt präziserte die Oberärztin Dr.med. F. \_\_\_\_\_ die massgebenden Diagnosen wie folgt (IV-act. 38):

1. Wahrscheinliche TIA im vertebro-basilären Stromgebiet 31.07.2012 mit persistierender neurologischer Symptomatik
  - RF: arterielle Hypertonie, Vorhofflimmern, Nikotin
  - Reaktive Fatigue-Symptomatik; Depression
2. Vasospastische Herzkrankheit mit intermittierendem Vorhofflimmern
  - unter OAK
3. Bursitis trochanterica rechts
  - Bursa-Steroidinfiltration 17.10.2013; keine suspekten Läsionen
4. Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel Bogengang links
  - erfolgreiches Repositionsmanöver 21.03.2013

Hinsichtlich des Arbeitsversuchs bei der Firma ... erwähnte die Oberärztin, dass die Versicherte vorerst mit 3x 2 Stunden begonnen habe, im Juni 2013 auf 4x 2½ Stunden sowie im Juli 2013 auf 4x 3½ Stunden gesteigert habe, derweil eine weitere Erhöhung nicht möglich gewesen sei (IV-act. 38-2/2).

**3.7** Der Hausarzt Dr.med. L. \_\_\_\_\_ erwähnte in seinem Bericht vom 30. November 2013 an die IV-Stelle eine depressive Reaktion auf die schwere Erkrankung, wobei aktuell unter Fluoxetin und Psychotherapie keine depressiven Symptome bestünden. Nach TIA im Juli 2010 liege vor allem eine mentale Be-

lastungsstörung mit schwerer Ermüdbarkeit und zunehmender Konzentrations-schwierigkeit vor (IV-act. 39-3/28).

**3.8** Vom 29. April 2014 bis zum 3. Mai 2014 war die Versicherte im Luzerner Kantonsspital hospitalisiert. Die an der Abklärung mitwirkenden Ärzte (Dr.med. M.\_\_\_\_\_, Oberärztin; Dr.med. N.\_\_\_\_\_, Oberarzt; PD Dr.med. O.\_\_\_\_\_, Chefarzt; med.prakt. C..., Assistenzärztin) stellten im Bericht vom 12. Mai 2014 folgende Diagnosen (vgl. IV-act. 54-3f./6):

1. Chronisches Schmerzsyndrom, a.e. dissoziativer Genese
  - Seit 2012 Schmerzen und Dysästhesien der rechtsseitigen Körper- und Gesichtshälfte, Fazialisparese rechts, nicht konsistent reproduzierbare Fussheberparese rechts, Kopfschmerzen Raumforderung. Mässig degenerative Veränderungen der HWS. Keine Myelopathie oder Neurokompression.
  - Elektrophysiologische Untersuchung 02.05.14: Medianus SSEP: bds. unauffällig. Tibialis SSEP bds. unauffällig. MEP zu den oberen Extremitäten: bds. unauffällig. MEP zu den unteren Extremitäten: bds. unauffällig. Neurographien: unauffällige sensible und motorische Neurographien zu unteren und oberen Extremitäten.
  - Liquordiagnostik 30.04.14: 0 Zellen, Gesamtprotein 0.31 g/L, Albumin 178 mg/L, Glucose 3.6 mmol/L, Lactat 1.9 mmol/L. Oligoklonale Banden ausstehend.
  - Labor: BSG 12 mm/h, RF, C3, C4 im Normbereich, Anti-ds-DANN, ANCA, Antikardiolipin-AK, Anti Beta 2-Glycoprotein 1 negativ, Borrelienserologie negativ, Lues negativ.
2. St.n. TIA im vertebro-basilären Stromgebiet 07/2012  
(siehe auch oben)
3. Vasospastische Herzkrankheit mit intermittierendem Vorhofflimmern  
(siehe auch oben)

#### Nebendiagnosen

- Bursitis trochanterica rechts
  - Leichte coxarthrotische Veränderungen linksbetont, keine suspekten Läsionen (Röntgen 17.10.13)
  - Bursa-Steroidinfiltration 17/2013
- Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel Bogengang links
  - erfolgreiches Repositionsmanöver 03/2013
- Rezidivierende HWI und Mikrohämaturie
- Osteoporose
- St.n. Erythema migrans nach Zeckenbiss 2010 (antibiotisch behandelt)

In der Beurteilung führten die an der Abklärung mitwirkenden Ärzte u.a. aus, der beschriebene Symptomenkomplex lasse sich nicht eindeutig neurologisch erklären. Im MRI (kranial und zervikal) liessen sich keine Befunde erklärenden, pathologischen Veränderungen nachweisen, auch keine ältere Ischämie. In der Liquordiagnostik habe sich kein Anhalt für einen entzündlichen Prozess ergeben (wobei noch ein Ergebnis ausstehend sei). Die Serologie bezüglich einer Borreli-

en- oder Lues-Infektion als auch die Vaskulitisdiagnostik seien unauffällig gewesen. Somit könne in der Zusammenschau aller aktuellen Befunde und unter Berücksichtigung bereits in den vergangenen Monaten veranlassten Bildgebungen keine somatisch-neurologische Kausalität für die Leiden der Patientin definiert werden. Eine funktionelle Störung bei bereits bekannter psychischer Belastungssituation sei in den Fokus zu ziehen. Eine veranlasste psychiatrische Beurteilung lasse eine dissoziative Störung als Hauptkomponente des Beschwerdekomples in den Vordergrund erscheinen und bestätige die differentialdiagnostische Überlegung. Es sei ein multimodales Behandlungskonzept indiziert. Die Patientin sei bereits in psychologischer Betreuung. Neben der Teilnahme an einer Bewegungsgruppe der Psychiatrie (LUPS) sei die Anbindung in das Schmerzambulatorium geplant. Lyrica sei in der Dosierung erhöht worden. Physiotherapeutische Massnahmen, worunter die Patientin bereits einen Benefit verspüre, würden fortgeführt.

**3.9.1** Im Rahmen der interdisziplinären E.\_\_\_\_\_-Begutachtung wurde die Versicherte am 22. und 26. September 2014 von folgenden Sachverständigen untersucht: Dr.med. P.\_\_\_\_\_. ... (Fallführung/ FMH Allgem. Innere Medizin); Dr.med. Q.\_\_\_\_\_. (FMH Orthopädische Chirurgie); Dr.med. R.\_\_\_\_\_. (FMH Otorhinolaryngologie); Dr.med. S.\_\_\_\_\_. (FMH Psychiatrie und Psychotherapie); Dr.med. T.\_\_\_\_\_. (Facharzt für Neurologie); Dr.med. U.\_\_\_\_\_. (FMH Kardiologie) und lic.phil. V.\_\_\_\_\_. (Psychologe/ Neuropsychologe). Im E.\_\_\_\_\_-Gutachten vom 3. November 2014 wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (IV-act. 69-34/51):

1. Status nach TIA im vertebro-basilären Stromgebiet 8/2012 (ICD-10 G45)
  - intermittierende Schwindelsymptomatik (ICD-10 H81.4)
    - mit Zeichen einer zentral-vestibulären Funktionsstörung
  - funktionelle Halbseitenstörung rechts
  - leichte kognitive Störungen
2. Hochtonschallempfindungsschwerhörigkeit beidseits, links akzentuiert (ICD-10 H90.3)
3. Vasospastische Herzkrankheit
  - LIKA 15.6.2010: RIVA prox. 30%, RCA prox. 25%, LVEF 61%, Vasospasmus an der RCA-Stenose
  - TTE 8/2012: leichte MI, hypermobiles Vorhofseptum, kein PFO
  - Kardiovaskuläre Risikofaktoren
    - chronischer Nikotinabusus, zirka 25 py (ICD-10 F17.1)
    - arterielle Hypertonie gemäss Unterlagen (ICD-10 I10)
    - Hypercholesterinämie gemäss Unterlagen (ICD-10 E78.0)
4. Intermittierendes Vorhofflimmern
  - unter OAK

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden u.a. ein chronisches Ermüdungssyndrom, Neurasthenie (ICD-10 F48.0) bei Status nach TIA 7/2013,

chronische Hüftschmerzen rechts, chronische Beschwerden an der dominanten rechten Schulter (ICD-10 M79.61/Z98.8), eine latente Hypothyreose (recte wohl eher eine Hyperthyreose, nachdem bei den E.\_\_\_\_\_ -Laboruntersuchungen vom 24.9.2014 ein tiefer TSH-Wert von 0.014 mU/l ermittelt wurde, vgl. IV-act. 69-10/51, Ziff. 3.2.2.1) sowie anamnestisch ein Status nach benignem paroxysmalen Lagerungsschwindel (ICD-10 H81.1) angeführt (vgl. IV-act. 69-34/51).

**3.9.2** Zur Arbeitsfähigkeit nahmen die E.\_\_\_\_\_ -Gutachter im Rahmen eines multidisziplinären Konsensus u.a. wie folgt Stellung (IV-act. 69-35ff./51):

Die Explorandin absolvierte keine eigentliche Berufsausbildung und war mehrheitlich im Verkauf oder im Service arbeitstätig. Aktuell arbeitet sie mit einem Teilzeitpensum als Kassiererin. Die aktuelle Tätigkeit im Verkauf kann als die angestammte angesehen werden.

Aus neurologischer Sicht schränkt der Status nach TIA im vertebrobasilären Stromgebiet die Arbeitsfähigkeit der Explorandin ein. Tätigkeiten mit Anforderungen an das Gleichgewichtsvermögen und Anforderungen an eine beidhändige, gute Feinbeweglichkeit sind nur eingeschränkt möglich. Körperlich leichte bis mittelschwere Frauenarbeiten können ganztätig verrichtet werden, ein geringgradig erhöhter Pausenbedarf ist dabei plausibel. Gesamthaft ist die Arbeitsfähigkeit auf 80% eingeschränkt (...).

Aus neuropsychologischer Sicht ist die Arbeitsfähigkeit aufgrund von leichten kognitiven Störungen um 10% beeinträchtigt.

Aus HNO-ärztlicher Sicht schränken die intermittierenden Schwindelsymptomatik und die Hochtonschallempfindungsschwerhörigkeit beidseits die Arbeitsfähigkeit der Explorandin ein. Tätigkeiten, welche hohe Anforderungen an das Gehör stellen oder Tätigkeiten unter erhöhtem Störlärm, mit möglicher Akzentuierung der auditiven Schwierigkeiten, sind für die Explorandin nicht geeignet. Sturzgefährdende Tätigkeiten sollten aufgrund der intermittierenden Schwindelbeschwerden gemieden werden. In Anbetracht der intermittierenden Schwindelsymptomatik mit Auftreten vor allem bei Bewegungen muss von einer zusätzlichen Einschränkung der Leistungsfähigkeit ausgegangen werden, da Tätigkeiten nur mit verlangsamtem Arbeitstempo möglich sind. Diesbezüglich muss von einer quantitativen Einschränkung von 30% ausgegangen werden. Aus ORL-Sicht besteht in einer angepassten Tätigkeit, unter Berücksichtigung der oben erwähnten quantitativen Einschränkungen, eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30%.

Aus kardiologischer Sicht ist die Explorandin bei normaler LV- und RV-Funktion und einer erreichten Leistung von 91 Watt für körperlich nicht belastende, leicht belastende und mittelschwer belastende Tätigkeiten arbeitsfähig. Körperlich schwer belastende Tätigkeiten sind aus kardiologischer Sicht nicht möglich.

Aus orthopädischer Sicht besteht aufgrund der objektivierbaren Befunde in der angestammten Tätigkeit, ebenso wie in jeder anderen körperlich leichten und mittelschweren Tätigkeit unter Wechselbelastung eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (...).

Eine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit kann nicht gestellt werden. Die Neurasthenie wird durch akute und chronische Muskelschmerzen sowie einen Spannungskopfschmerz begleitet. Das Beschwerdebild entspricht einem ätiologisch pathogenetisch unklaren syndromalem Symptomenkomplex. Die

Förderkriterien gelten als nicht erfüllt, insbesondere da das Kriterium einer psychiatrischen Comorbidität fehlt. Der Explorandin ist es aus psychiatrischer Sicht zumutbar, die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um trotz der geklagten Beschwerden einer ihren körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit ganz-tätig nachzugehen.

Auch aus allgemeininternistischer Sicht finden sich keine weiteren Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

(...)

Bei der Explorandin kann aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70% in der angestammten Tätigkeit im Verkauf und in jeder anderen körperlich leichten bis mittelschweren, adaptierten Tätigkeit festgestellt werden. Für körperlich schwer belastende Tätigkeiten besteht eine Arbeitsunfähigkeit. Sturzgefährdende Tätigkeiten und Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an das Gehör sind für die Explorandin nicht geeignet. Medizinische Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit können vorgeschlagen werden. Berufliche Massnahmen können aufgrund zu geringer Erfolgsaussichten nicht empfohlen werden.

**3.10** In einem Kurzbericht vom 22. Dezember 2014 an den Rechtsvertreter nahm der Hausarzt Dr.med. L.\_\_\_\_\_ zum E.\_\_\_\_\_ -Gutachten Stellung und führte u.a. sinngemäss aus, dass die im E.\_\_\_\_\_ -Gutachten attestierte Arbeitsfähigkeit von 70% zu hoch ausgefallen sei. Er kenne die Versicherte seit 1993. Sie habe es trotz einfacher Schulbildung soweit gebracht, dass sie selbständig einen nicht kleinen Kiosk mit Personal als Leiterin führen konnte. Erst das zerebrale Ereignis habe sie aus der Bahn geworfen, dennoch habe sie grosse Anstrengungen unternommen, wieder in den Arbeitsmarkt zu gelangen, was wegen körperlicher Behinderungen misslungen sei. Das E.\_\_\_\_\_ -Gutachten erwecke den Eindruck, dass die Versicherte eine gesunde Frau sei, welche nur zu wenig Resilienzen und wegen ihrer einfachen Schulbildung nicht mehr arbeiten wolle, was nicht zutrefte. Aus seiner Sicht sei die Versicherte sicher nicht mehr 70% arbeitsfähig, das E.\_\_\_\_\_ -Gutachten sei diesbezüglich nicht objektiv (IV-act. 78-5/5).

**3.11** Der Physiotherapeut ..., welcher die Versicherte seit Januar 2014 behandelt, führte in einem Kurzbericht vom 18. Januar 2015 an die Versicherte aus, dass "der Streifschlag" zur Kraftabschwächung auf der rechten Körperseite sowie Gleichgewichtsstörungen, Gehstörungen und Schmerzen besonders im rechten Bein und in der Schulter rechts geführt habe. Nach Monaten der Zusammenarbeit habe sich die Situation zumindest insoweit verbessert, als weniger Schmerzen auftreten würden, ein besseres Gangbild vorliege und auch die Kraft zugenommen habe. Der allgemeine Zustand erlaube auch eine Arbeitstätigkeit, wenn auch nur Teilzeit. Insgesamt hielt der Therapeut fest, dass er die Versicherte als arbeitsame, willige und sehr kooperative Patientin erlebe, indes wiederkehrende

Schmerzen, Schwindel und Gleichgewichtsstörungen sowie ein mentales Ungleichgewicht wie auch zu starke körperliche Arbeitsbelastung zu Überforderungen führen würden. Aus seiner Sicht sei die Versicherte nicht zu 70% arbeitsfähig (IV-act. 80-8/8).

**3.12** Lic.phil ... (Fachpsychologin für Psychotherapie FSP), welche die Versicherte seit Mai 2013 psychotherapeutisch unterstützte, erachtete in ihrer Stellungnahme vom 22. Januar 2015 zum E. \_\_\_\_\_-Gutachten sinngemäss das aktuell von der Versicherten bei ... aufgenommene Pensum von 3x 5 Stunden pro Woche (bei einem verständnisvollen Vorgesetzten und toleranten Mitarbeiterinnen) als Maximum der aktuell vorhandenen und zumutbaren Leistungsfähigkeit. Nach Einschätzung dieser Therapeutin könne ein rentenbegehrliches Verhalten der Versicherten ausgeschlossen werden. Des Weiteren führte diese Therapeutin aus, bei der psychiatrischen Untersuchung im Rahmen der E. \_\_\_\_\_-Begutachtung werde die Diagnose einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0) erwähnt, welche vermehrte Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen, häufig mit einer abnehmenden Arbeitsleistung oder Bewältigung täglicher Aufgaben beinhalte. Körperliche Schwäche und Erschöpfung nach geringer Anstrengung seien weitere Komponenten dieses Krankheitsbildes. Insgesamt würden diese Symptome eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit erklären; wenn noch Schmerzen und Lähmungsercheinungen dazukämen, handle es sich um eine Kumulation von Belastungsfaktoren, welche die Arbeitsfähigkeit ungünstig beeinflussen würden (vgl. IV-act. 80-6/8 oben).

**3.13** Am 23. April 2015 untersuchte Dr.med. F. \_\_\_\_\_ (Oberärztin mbF/ Zentrum für Neurologie und Neurorehabilitation, Luzerner Kantonsspital) erneut die Versicherte. Im Bericht vom 27. April 2015 an den Hausarzt hob sie in der verkürzten Diagnosenliste ein somatoformes, rechtsbetontes Schmerzsyndrom mit längerer depressiver Reaktion und einer ausgeprägten Fatigue-Symptomatik hervor (Anpassungsstörung nach wahrscheinlicher TIA). In ihrem Bericht hielt sie u.a. fest, objektiv sei bereits im Wartebereich unübersehbar gewesen, dass es der Versicherten psychisch/körperlich schlechter ging als vor anderthalb Jahren; sie wirkte erschöpft, resigniert und weinerlich, ging unsicher und verlangsamte, die rechte Seite schonend. In der Beurteilung betonte die Oberärztin die Diskrepanz zwischen der aktuellen Befindlichkeit/ Erscheinungsbild einerseits und der versicherungstechnisch attestierten Leistungsfähigkeit andererseits, woraus eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustands drohe. Zwar sei die Versicherte neurologisch umfassend abgeklärt worden, aber es erstaune, dass der partiell invalidisierenden Schmerzkrankheit mit einer depressiven Reaktion und einer nach wie vor ausgeprägten Fatigue-Symptomatik mit daraus resultierender Leistungs-

intoleranz nicht ein grösseres Gewicht beigemessen worden sei. Es sei eine psychiatrische Re-Evaluation in Erwägung zu ziehen (IV-act. 87-2/3 unten). Das aktuelle Arbeitspensum von ca. 30% ... mit Wechselbelastungen sei ihr weiterhin zumutbar, ein Aufbau über Monate nicht unrealistisch. Im Übrigen könne sich die Versicherte im Rahmen einer Abklärung auch eine 50%ige Präsenz vorstellen (IV-act. 87-3/3).

**3.14** Am 21. Mai 2015 hat Dr.med. W. \_\_\_\_\_ (Chefarzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes ...) die Versicherte untersucht und in einem Bericht vom 1. Juni 2015 an den Hausarzt folgende Diagnosen gestellt (IV-act. 89-5/6):

- Somatisierungsstörung (ICD-10; F45.0)
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10; F45.40)
- Dissoziative Bewegungsstörungen (ICD-10; F44.4)
- Dissoziative Sensibilitätsstörungen (ICD-10; F44.6)
- Neurasthenie (ICD-10; F48.0)
- Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10; F32.2)

In seiner Beurteilung führte Dr.med. W. aus, es liege ein deutlich schwereres psychiatrisches Zustandsbild mit erheblichen Komorbiditäten vor, welche einerseits aus dem somatoformen Störungsbereich stammen, andererseits aus dem affektiven. Allein schon aus der Summe und dem Schweregrad der Diagnosen ergebe sich, dass die Beschwerden nicht ohne weiteres überwindbar seien. Nehme man die sog. Förster Kriterien zu Hilfe, müsste konstatiert werden, dass es sich mittlerweile um einen mehrjährigen Krankheitsverlauf ohne längerfristige Remission mit einem ausgewiesenen sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens handle; verglichen mit dem prämorbidem Lebensvollzug gehe es um ein verfestigtes und nicht weiter therapeutisch angebares Störungsbild und um unbefriedigende Behandlungsergebnisse, trotz intensiver, von der Versicherten teils auch selbst bezahlten Behandlungsversuchen, so dass diese Kriterien aktuell als erfüllt gelten würden und damit eine hochgradige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Es scheine einzig dem starken Willen und Wunsch der Versicherten - so gut wie möglich im Arbeitsprozess integriert zu bleiben - geschuldet, dass sie überhaupt eine 30%ige Arbeitstätigkeit ausführen könne. Im Übrigen fand Dr.med. W. keine Anhaltspunkte für ein spezifisches Verdeutlichungs- oder Aggravationsverhalten (IV-act. 89-5f./6).

**3.15.1** Unter Hinweis auf die geänderte Rechtsprechung des Bundesgerichts (Urteil 9C\_492/2014 vom 3.6.2015), wonach zur Beurteilung von Rentenansprüchen bei somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbarer psychosomatischer Leiden neu in einem strukturierten Beweisverfahren das tatsächliche Leistungsvermögen betroffener Personen ergebnisoffen und einzelfallgerecht bewertet werden müsse, erachtete die IV-Stelle eine ergänzende Abklärung unter

Berücksichtigung der neu massgebenden Indikatoren als unerlässlich (IV-act. 96-4f./5). Im Ergebnis wurde eine psychiatrische und eine neurologische Zusatzabklärung in die Wege geleitet (IV-act. 104; 107).

**3.15.2** Dr.med. Y.\_\_\_\_\_ (Neurologie FMH, AJ.\_\_\_\_\_ AG Zürich) diagnostizierte in seinem neurologischen Gutachten vom 13. März 2017 (unter Mitwirkung von Prof. Dr.med. Z.\_\_\_\_\_, Medizinische Leitung AJ.\_\_\_\_\_) einen polyvalenten Analgetika-Fehlgebrauch einschliesslich eines Opioids mit assoziiertem Analgetika-Kopfschmerz (IV-act. 112-66/113 unten). In seiner Beurteilung hob er u.a. mehrere Diskrepanzen hervor, welche bei der neurologischen Untersuchung auffielen, namentlich bei den Einzelkraftprüfungen, beim humpelnden Gangbild und bei Halteversuchen. Für den Gutachter auffallend war auch, dass keine Atrophie der rechtsseitigen Extremitätenmuskulatur feststellbar war (was zusätzlich gegen eine namhafte, anamnestisch seit Juli 2012 bestehende Parese spreche). Nach Einschätzung des neurologischen Gutachters rechtfertige weder das Kopfschmerzsyndrom noch das somatisch nicht zuzuordnende Hemisyndrom rechts eine Minderung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 112-69/113).

**3.15.3** Im psychiatrischen Gutachten vom 13. März 2017 konnte Dr.med. AA.\_\_\_\_\_ (Psychiatrie und Psychotherapie FMH, AJ.\_\_\_\_\_, unter Mitwirkung von Prof. Dr.med. Z.\_\_\_\_\_, Medizinische Leitung) keinen ausreichenden Anhalt für eine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit evaluieren; sodann wies er auf einen Opiat-Fehlgebrauch mit Hinweisen für Abhängigkeitsentwicklung (Entzugssymptomatik) hin (vgl. IV-act. 112-107/113 oben). Aus psychiatrischer Sicht attestierte der Gutachter eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 112-108/133, 4. Abs.).

**3.15.4** In der bidisziplinären Konsensbeurteilung waren sich die Gutachter hinsichtlich Ausprägung und Schwere der objektiven Befunde einig, dass ein polyvalenter Analgetika-Fehlgebrauch einschliesslich eines Opioids mit assoziiertem Analgetika-Kopfschmerz und Hinweisen auf eine Opioid-Abhängigkeitsentwicklung bestehe (IV-act. 112-7/113). Gemäss AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befund bestünden keine namhaften Störungen von Stimmung, Antrieb und affektiver Schwingungsfähigkeit und es könne kein namhaftes depressives Syndrom diagnostiziert werden, allenfalls sei ein seit 2012 chronisch bestehendes subsyndromales depressives Syndrom zu erwägen (IV-act. 112-10/133). Anhaltspunkte für eine psychiatrische Morbidität (Angst- oder Zwangserkrankung, Persönlichkeitsstörung, Traumafolgestörungen) seien nicht festgestellt worden (IV-act. 112-10/113 unten). Eine somatoforme Schmerzstörung lie-

ge nicht vor; ein den reklamierten Schmerzen zugrundeliegender erheblicher unbewältigter seelischer oder psychosozialer Konflikt habe nicht festgestellt werden können. Eine hirnorganische Beeinträchtigung sei unwahrscheinlich. Die Versicherte berichte von einem leitlinienwidrigen (organisch unverstandener Schmerz) und nicht lege artis dokumentierten (kein Schmerzkalender) Opiat-Gebrauch; auf Medikamentenreduktion habe die Versicherte nach eigenen Angaben mit Zunahme von Schmerzen, Schwitzen und Zittern reagiert, so dass ein vegetatives Entzugssyndrom und somit eine Suchtentwicklung wahrscheinlich seien. Notwendig sei eine kontrollierte Entgiftung und Entwöhnung und folgend die Abstinenz von Opiaten und Opioiden. Eine suchtmittelkonsum-unabhängige psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei zusammenfassend nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit zu attestieren. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 112-11/113). Die von Dr.med. W. beschriebenen Einschränkungen seien in Anbetracht der eigenen Untersuchung nicht nachzuvollziehen. Eine zwischenzeitliche Verschlechterung des psychischen Zustandes im Sinne einer depressiven Episode erscheine möglich, ein namhaftes depressives Syndrom sei jedoch angesichts des weitgehend unbeeinträchtigten klinischen Eindrucks in der eigenen Untersuchung nicht zu bestätigen. Im Übrigen lasse sich eine ausreichende Problematisierung oder Berücksichtigung des Analgetika-Fehlgebrauchs in den Vorbewertungen nicht entnehmen. Die aktenkundige Interpretation der auch in den Vorbewertungen überwiegend als nicht somatisch eingeschätzten Halbseitenstörung im Sinne einer bewusstseinsfernen dissoziativen Genese sei aus Sicht der Gutachter als allenfalls möglich, ebenso gut und gleichrangig wahrscheinlich jedoch auch eine bewusstseinsnahe (demonstrative) Ursache mit zu erwägen. Ein seelischer Konflikt, der einer dissoziativen Genese unterliegen könnte, habe sich nicht herausarbeiten lassen und die fehlenden Zeichen einer Inaktivitätshypotrophie der rechtsseitigen Extremitäten wecke Zweifel an einer durchgängig bestehenden Störung, also zumindest auch Zweifel an der Behinderungsrelevanz der reklamierten Beeinträchtigung. Hinzuweisen sei auch darauf, dass die Versicherte einen PKW führe, was mit einer namhaften motorischen Störung nicht in Einklang zu bringen sei. Insgesamt bestünden erhebliche Diskrepanzen und Inkonsistenzen (IV-act. 112-12/113).

**3.16.1** In der Folge wurden der IV-Stelle zusätzliche Arztberichte nachgereicht, welche im IV-Aktendossier noch nicht vorhanden waren. Gemäss einem Bericht der Klinik Adelheid vom 20. Juli 2015 hielt sich die Versicherte vom 15. Juni 2015 bis zum 11. Juli 2015 in dieser Einrichtung auf, wobei sie sich bei Eintritt schmerzbedingt in einem reduzierten Zustand präsentierte. Beim Austritt konnte die Versicherte eigene Belastungsgrenzen erkennen und erste Lösungsmöglich-

keiten für ein funktionelles Pausenmanagement entwickeln. Die Versicherte scheine im Ansatz einen verbesserten Schmerzumfang zu nützen und sie habe in den Circulus vitiosus von überhöhten Selbstansprüchen, Überforderung, Schmerz und Schonung eingreifen können. Affektiv zeige die Versicherte deutliche Zeichen einer depressiven Symptomatik, welche einigermaßen stabilisiert werden konnte, jedoch sei weiterhin eine psychiatrische ambulante Behandlung indiziert (IV-act. 123-13/21).

**3.16.2** Gemäss Bericht des Luzerner Kantonsspitals vom 31. Oktober 2015 war die Versicherte am 15. Oktober 2015 notfallmässig durch den Rettungsdienst bei Verdacht auf einen cerebrovaskulären Insult zugewiesen worden. Die stationären Abklärungen (bis zum Klinikaustritt am 17.10.2015) führten zur zusätzlichen Diagnose einer akuten psychischen Belastungssituation (nebst bereits bekannter Diagnosen). Angiographisch wurden keine Pathologien festgestellt, auch die EEG-Untersuchung zeigte keine epilepsietypischen Potentiale. Klinisch imponiere besonders eine dissoziative Halbseitenlähmung mit vorerst ungeklärter Ätiologie, bei fehlendem Korrelat in extensiven computertomographischen, magnetresonanztomographischen, konventionell-röntgenologischen sowie sonographischen Bildgebungen. Im psychiatrischen Konsil sei eine depressive Störung mit Zukunftsängsten, Schlaflosigkeit sowie innerer Agitiertheit gesehen worden. Die Symptomatik sei auf eine akute psychiatrische Belastungssituation zurückzuführen (IV-act. 123-6ff./21).

**3.16.3** Sodann war die Versicherte vom 6. bis zum 16. April 2016 erneut im Luzerner Kantonsspital hospitalisiert. Im Austrittsbericht wurden die Hauptdiagnosen (nebst den bereits bekannten Diagnosen) mit einem invalidisierenden thorakalen Schmerzsyndrom und einem chronischen Schmerzsyndrom mit ätiologisch ungeklärter Hemiparese rechts und Fatigue (ED 2012) am ehesten dissoziativer Genese umschrieben (IV-act. 123-9/21). In der Beurteilung wurde ausgeführt, das auswärtige MRI zeige degenerative Veränderungen ohne Kompression der Nervenstrukturen, welche zusammen mit einer dissoziativen Komponente am ehesten für die Problematik verantwortlich seien. Negativ wirke sich auch die muskuläre Dysbalance aufgrund der gestörten Haltung und des pathologischen Gangs aus (IV-act. 123-10/21).

**3.16.4** Anschliessend hielt sich die Versicherte erneut vom 16. April 2016 bis zum 6. Mai 2016 in der Klinik ... auf. Die Zuweisung erfolgte zur stationären muskuloskelettalen Rehabilitation. Bei Eintritt präsentierte sich die Versicherte in der Mobilität noch deutlich eingeschränkt, kardiopulmonal kompensiert und in leicht reduziertem Allgemeinzustand. Zur Unterstützung bei der Krankheitsver-

beutung nahm die Versicherte psychologische Gespräche mit schmerzpsychologischem Schwerpunkt in Anspruch. Dabei konnte sie ihre Kenntnisse bezüglich schmerzdistanzierenden Techniken, Schmerzakzeptanz und -umgang erweitern und in ersten Schritten umsetzen (IV-act. 123-1/721).

**3.17.1** In einer Eingabe vom 19. Dezember 2017 nahmen Dr.med. AB. \_\_\_\_\_ (Assistenzärztin SPD) und Dr.med. AC. \_\_\_\_\_ (Oberarzt SPD) ausführlich zum bidisziplinären Gutachten vom 13. März 2017 Stellung (IV-act. 128). Unter Ziffer 1 nahmen diese SPD-Ärzte zu konkreten Ausführungen des Gutachters Dr.med. Y. \_\_\_\_\_ Stellung und führten dazu u.a. aus (IV-act. 128-3f./13):

Der nicht konsistente klinisch-neurologische Untersuchungsbefund sowie die unauffällige elektrophysiologische Zusatzdiagnostik sind in Anbetracht der Anamnese und der neurologischen und psychiatrischen Vorbefunde

- Dr.med. AD. \_\_\_\_\_, Neurologie, Psychiatrie u. Psychotherapie, Klinik ..., 06.05.2013, Seite 14ff. des o.g. Gutachtens: *... "die wechselnd ausgeprägte motorische Hemiparese und der belastungsabhängige Spannungskopfschmerz erfüllten für uns die Kriterien für den V.a. eine dissoziative Lähmung in einer psychosozial sehr belastenden Konstellation mit, wie sie berichtet, auch Traumatisierung mit Angst bei dem als TIA zu klassifizierenden Krankheitsbeginn"...* (Seite 16);
- Dr.med. AE. \_\_\_\_\_, Neurologie, Luzerner Kantonsspital, 12.05.2014, Seite 21ff. des o.g. Gutachtens: *... "Somit können wir in der Zusammenschau aller aktuellen Befunde und unter Berücksichtigung bereits in den vergangenen Monaten veranlassten Bildgebungen keine somatische-neurologische Kausalität für die Leiden der Patientin definieren. Eine funktionelle Störung bei bereits bekannter psychischer Belastungssituation ist in den Fokus zu ziehen. Eine veranlasste psychiatrische Beurteilung lässt eine dissoziative Störung als Hauptkomponente des Beschwerdekompleses vordergründig erscheinen und bestätigt unsere differentialdiagnostische Überlegung"...* (Seite 22-23)
- Dr.med. W. \_\_\_\_\_, (...) 01.06.2015, Seite 32ff. des o.g. Gutachtens: *... "Es findet sich kein spezifisches Verdeutlichungs- oder Aggravationsverhalten. Diagnose: Somatisierungsstörung (ICD-10:F45.0). Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10:F45.40) Dissoziative Bewegungsstörungen (ICD-10:F44.4) Dissoziative Sensibilitätsstörungen (ICD-10:F44.6) Neurasthenie (ICD-10:F48.0). Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (...)*

unserer Meinung nach vereinbar mit der Diagnose einer dissoziativen (somatoformen) Bewegungsstörung. Dabei handelt es sich um eine Störung, die in der Neurologie und in der Psychiatrie gleichermaßen relevant ist und sowohl in neurologischen Lehrbüchern abgehandelt wird (...), als auch in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10 Kapitel V (F) zu finden ist.

Unter Hinweis auf das Lehrbuch Neurologie compact hoben die SPD-Ärzte u.a. sinngemäss hervor,

- dass im Gegensatz zur Simulation oder Aggravation keine willkürliche Kontrolle der körperlichen Symptomatik vorliegt, die Bewegungen daher unwillkürlich erfolgen;
- dass ein multifaktorieller Entstehungsprozess mit zahlreichen psychosozialen und neurobiologischen Einflussfaktoren (psychosozialer Stress, Persönlichkeit, soziales Lernen, Krankheitswissen und -erfahrung, soziale Verstärker, Geschlecht, genetische Disposition, neurobiologische Vermittlungsprozesse) bedeutsam ist;
- dass bei Konversionsstörungen eine Verminderung der Aktivität in spezifischen kortikalen und subkortikalen Arealen vorliegen, gleichzeitig eine Aktivierung in limbischen Strukturen, was für eine Modulation der sensomotorischen Repräsentation im Rahmen von affektiven und stressassoziierten Schutzmechanismen spricht, die ohne bewusste Kontrolle ablaufen;
- dass folgende klinischen Kriterien zu berücksichtigen sind:
  - o Abweichen der Symptome von bekannten organischen Syndromen
  - o Ungewöhnliche und komplexe Bewegungsabläufe
  - o Variable Ausprägung der Symptome (Ausmass, Verteilung, Behinderung) während der Untersuchung
  - o Inkonstanz der Symptomatik
  - o Zunahme bei Anspannung und unter Beobachtung
  - o Rückgang der Symptome bei Ablenkung
  - o Extrem langsame Bewegungen
- dass psychogene (synonym dissoziative) Lähmungen als Mono-, Hemi-, Para- oder Tetraparesen auftreten, häufiger nach vorausgehendem Trauma;
- dass solche Lähmungen meist eine schwerwiegende Beeinträchtigung darstellen, die aufwendige diagnostische und therapeutische Massnahmen nach sich ziehen;
- sowie dass hinsichtlich Komorbidität: häufig psychiatrische Erkrankungen (Depression, generalisierte Angststörung, Panikstörung, Somatisierungsstörung, Persönlichkeitsstörungen), vorangehende belastende Lebensereignisse, niedriger sozioökonomischer Status, geringe Schulbildung; Angehörige mit schweren organischen Erkrankungen von Relevanz sind.

Im Anschluss daran rügten diese SPD-Ärzte sinngemäss, dass der AJ. \_\_\_\_\_ Gutachter Dr.med. AF. \_\_\_\_\_ in Anbetracht seiner klinisch-neurologisch erhobenen Untersuchungsbefunde und der Tatsache, wonach ihm die Anamnese sowie eine Vielzahl von Voruntersuchungen und Vorbefunden bekannt waren, keine dissoziativen funktionellen Störungen erwog und stattdessen einzig einen polyvalenten Analgetika-Fehlgebrauch einschliesslich eines Opioids mit assoziiertem Analgetika-Kopfschmerz diagnostizierte, was nach Ansicht diese SPD-Ärzte als Nebenbefund zu qualifizieren sei, der sich aufgrund einer jahrelangen Schmerzsymptomatik und der zunehmenden Invalidisierung durch die somatoforme Störung ergeben habe. Der Gutachter Dr.med. AF. \_\_\_\_\_ zitiere zwar in seiner Beurteilung Auszüge aus den Berichten einzelner Kollegen, übergehe aber deren differenzialdiagnostische Überlegungen (vgl. IV-act. 128-6/13 oben).

**3.17.2** Zum psychiatrischen AJ. \_\_\_\_\_-Gutachten von Dr.med. AG. \_\_\_\_\_ äusserten die erwähnten SPD-Ärzte vorab die Kritik, dass der Gutachter bei der Beschreibung des äusseren Erscheinungsbildes die Zeichen einer Halbseitenlähmung, wie sie vom neurologischen Gutachter am gleichen Tag beschrieben wurden, mit keinem Wort erwähnte. Ein vollständiger Untersuchungsbefund nach AMDP hätte auch eine somatische Befunderhebung beinhaltet, zumal dieser in casu für eine korrekte Diagnosestellung von entscheidender Bedeutung gewesen wäre. Abgesehen davon hätte der Gutachter - wenn er bei der Untersuchung die Halbseitensymptomatik nicht bemerkt hätte - zumindest davon aufgrund der zahlreichen Vorbefunde Kenntnis haben müssen (vgl. VI-act. 128-8/13). Des Weiteren befassen sich diese SPD-Ärzte ausführlich mit den Elementen einer dissoziativen Störung (ICD-10 F44, namentlich auch F44.4 bis F44.7, vgl. IV-act. 128-9ff./13). Auf den konkreten Fall bezogen pflichteten diese SPD-Ärzte in der Zusammenschau aller erhobenen Befunde sowie der Akten der Beurteilung von Dr.med. W. \_\_\_\_\_ bei (siehe oben Erw. 3.14) und betonten namentlich (IV-act. 128-11f./13):

1. Die versicherte Person erlitt im Jahr 2011 einen schweren seelischen Konflikt. Dieser wird erwähnt im Bericht von Dr.med. AD. \_\_\_\_\_ (...) 06.05.2013, Seite 15 der beiden o.g. Gutachten und auf Nachfrage bei der Exploration von Dr. Lockar.
2. Am 31.07.2012 erlitt die versicherte Person einen Schlaganfall (Ischämischen Insult/ transitorisch-ischämische Attacke, TIA) im vertebro-basilären Stromgebiet. Gemäss Bericht von Dr.med. AD. \_\_\_\_\_ (...) 06.05.2013, Seite 16 der beiden o.g. Gutachten: *... "mit, wie sie berichtet, auch Traumatisierung mit Angst bei dem als TIA zu klassifizierenden Krankheitsbeginn"...*
3. Es liegt eine familiäre Belastung bezüglich einer neurologischen Erkrankungen vor (die Tochter und ein Bruder der versicherten Person sind an Multipler Sklerose erkrankt).
4. Dr.med. AD. \_\_\_\_\_ (...) stellt im Bericht vom 06.05.2013 die Verdachtsdiagnose einer dissoziativen Lähmung, Seite 16 der beiden o.g. Gutachten: (...)

Des Weiteren wiesen die SPD-Ärzte auf die Einschätzung von Dr.med. AE. \_\_\_\_\_ (siehe oben Erw. 3.8), wonach eine dissoziative Störung als Hauptkomponente des Beschwerdekompleses erscheine und eine entsprechende differentialdiagnostische Überlegung bestätige (IV-act. 128-12/13, Mitte). Im Ergebnis gelangten die erwähnten SPD-Ärzte zu folgender Beurteilung (IV-act. 128-12/13 unten):

Die versicherte Person wurde jahrelang interdisziplinär (hausärztlich, neurologisch, psychiatrisch, psychotherapeutisch, physiotherapeutisch usw.) betreut, das diagnostische und therapeutische Vorgehen war leitlinienkonform. Die versicherte Person war zu jeder Zeit Therapie-motiviert und arbeitswillig. Sie engagierte sich bei der Jobsuche, den therapeutischen Arbeitsversuchen und war bemüht, selbständig ihr Arbeitspensum über 30% hinaus zu steigern, was jedoch aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf Dauer nicht möglich war. Bei den gesundheitlichen Beeinträchtigungen handelt es sich um dissoziative Störungen

(ICD-10 F44.4 und F44.6) und somatoforme Störungen (ICD-10 F45.0 und F45.4), inzwischen chronifiziert und invalidisierend, im Verlauf, trotz intensiver Behandlungsbemühungen von Seiten der Ärzte und Therapeuten sowie hoher Therapiemotivation der versicherten Person, therapieresistent. Weiters im Verlauf immer wieder depressive Episoden (mittelschwere bis schwere) im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.1/2).

**3.17.3** Was den von den AJ. \_\_\_\_\_-Gutachtern postulierten polyvalenten Analgetika-Fehlgebrauch anbelangt, hielten die erwähnten SPD-Ärzte u.a. was folgt fest (vgl. IV-act. 128-13/13):

Dazu ist anzumerken, dass die versicherte Person im Sommer 2017 alle Analgetika einschliesslich des Opioids (Palexia) ohne therapeutische Unterstützung und lediglich sehr diskreter Entzugssymptomatik selbständig abgesetzt hat und aktuell weiterhin regelmässig Pregabalin (Lyrica) 75 mg sowie Schmerzmittel bei Bedarf einnimmt. Eine von den Gutachtern angedeutete Verdachtsdiagnose einer Opiatabhängigkeit lag nicht vor. Unter der invalidisierenden somatoformen Störung, Somatisierungsstörung, anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, dissoziativer Bewegungsstörung und dissoziativer Sensibilitätsstörung, Neurasthenie und mittelschweren bis schweren depressiven Episoden leidet die versicherte Person aber nach wie vor.

Im Übrigen handelt es sich bei der gutachterlichen Konsensbeurteilung lediglich um eine redundante Repetition von Passagen aus dem neurologischen und psychiatrischen Gutachten (...).

**3.18** In der Folge erachtete die IV-Stelle eine Rückfrage bei der AJ. \_\_\_\_\_ Gutachterstelle als angebracht (IV-act. 133-10/10). Die entsprechende Stellungnahme der Gutachter folgte am 13. April 2018 und enthält zur oben angeführten Kritik der SPD-Ärzte (Erw. 3.18.1 bis 3.18.3) einzig folgende Ausführungen (IV-act. 136-2/3):

Die psychiatrische Stellungnahme (D. ..., 19. Dezember 2017) verkennt, dass sich der neurologische Gutachter in der Konsensbeurteilung auch - gemeinsam mit dem Psychiater - zu den Aspekten einer psychischen Genese der Beschwerden geäussert hat. Die diesbezügliche Kritik geht also (ungeachtet dessen, dass sich in einer bidisziplinären neurologischen und psychiatrischen Begutachtung vorrangig zunächst der Psychiater dieser Frage zuwendet) fehl. Auch wird in dem Bericht durchaus eine Entzugssymptomatik (wenn auch als "leicht" beschrieben) genannt. Es erschliesst sich hier also nicht, warum es hier einen wesentlichen Dissens geben sollte. Die fehlenden ausreichenden Anhaltspunkte für eine erhebliche psychische (dissoziative) Genese der vorgetragenen Beschwerden sind in der psychiatrischen gutachterlichen Bewertung diskutiert, namentlich anhand der ICD-10 Kriterien geprüft und in Abgrenzung zu dem Medikamentenfehlgebrauch gebracht worden.

Am Schluss warfen die AJ-Gutachter die Frage auf, ob eine Verlaufsbeurteilung zu veranlassen sei (IV-act. 136). Einer solchen Vorgehensweise pflichtete die RAD-Psychiaterin AK. \_\_\_\_\_ am 1. Juni 2018 bei (IV-act. 137-10/10).

**3.19** Im Ergebnis entschied sich die IV-Stelle, der Gutachterstelle folgende Ergänzungsfragen zu unterbreiten (vgl. IV-act. 157-7/8):

1. Ergibt sich unter Berücksichtigung der nachgereichten medizinischen Unterlagen (Austrittsberichte Luzerner Kantonsspital und Klinik ...) eine andere Beurteilung oder Schlussfolgerung im Gutachten? Begründung?
2. Wie wird der Verlauf der Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung sämtlicher vorliegenden Akten ab August 2012 bis zur Begutachtung aus medizinisch-theoretischer Sicht retrospektiv beurteilt?
3. Ist für die Beurteilung der aktuellen Arbeitsfähigkeit aufgrund der gesamten Aktenlage eine Verlaufsbeurteilung notwendig? Begründung?

Dazu äusserten sich die Gutachter Dres.med. ... sowie ... unter Mitwirkung von Prof. Dr.med. Z. \_\_\_\_\_ zusammenfassend am 3. Dezember 2018 u.a. wie folgt (vgl. IV-act. 165-32/33):

Die nachgereichten Berichte (...) bestätigen die Opioid-Fehlmedikation, was die Konklusionen der Gutachter mithin nochmals stützt.

Die seitens des Kantonsspitals Luzern im April 2016 gestellte Diagnose eines "invalidisierenden thorakalen Schmerzsyndroms" erscheint nicht ausreichend schlüssig, da es sich hierbei lediglich um eine Umschreibung anamnestischer Klagen handelt und eine abgrenzende Diskussion anderer Ursachen, namentlich hier einer opioid-indizierten Symptomatik, fehlt. Opioide führen bekanntermassen zu Entzugsschmerzen. Zudem wurde in den Berichten letztlich auch nicht definitiv und differenziert zur Arbeitsfähigkeit Stellung genommen.

Die nachgereichten Berichte bewirken also keine Änderung an den Empfehlungen der Gutachter sowie ihrer Bewertung der Arbeitsfähigkeit, auch nicht an der Empfehlung hinsichtlich einer Erwägung einer Kontroll-Begutachtung durch den Auftraggeber oder der ihnen vorliegenden gutachterlichen retrospektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit.

**4.1** In der vorliegenden Beschwerde wird u.a. namentlich beanstandet, dass die Vorinstanz ihre Abklärungspflicht ungenügend wahrgenommen habe. Daraus wird abgeleitet, dass sinngemäss das Gericht selber eine zusätzliche Begutachtung veranlassen solle bzw. die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen sei zur Vornahme weiterer Abklärungen (und zwar durch eine "neutrale, 'AJ. \_\_\_\_\_ AG'-fremde Gutachterstelle").

**4.2** Diese Argumentation in der Beschwerde verkennt, dass es hinsichtlich des IV-Rentenanspruchs um den massgebenden Arbeitsfähigkeitsgrad im Zeitraum nach Beendigung des Taggeldanspruchs (Nov. 2013) bis zum 30. September 2017 (letzter Tag vor Inanspruchnahme der vorbezogenen AHV-Rente) geht (siehe oben Erw. 2.1 und 2.2 mit Verweis auf Art. 29 und 30 IVG). Bei dieser Ausgangslage sind *neue* medizinische Untersuchungen grundsätzlich nicht geeignet, bezogen auf einen mindestens zwei und mehr Jahre zurückliegenden Gesundheitszustand der Versicherten wesentliche neue Erkenntnisse zu liefern.

Abgesehen davon macht es im konkreten Fall wenig Sinn, hinsichtlich der zwischenzeitlich 64-jährigen Versicherten zu Lasten der IV weitere medizinische Untersuchungen in die Wege zu leiten. Bei dieser Sachlage bleibt es dabei, dass der massgebende Arbeitsfähigkeitsgrad für diesen vergangenen Zeitraum (Nov. 2013 bis Sept. 2017) grundsätzlich nach Massgabe der vorhandenen medizinischen Aktenlage zu bestimmen ist. In diesem Sinne sind die Begehren der Beschwerdeführerin um Durchführung weiterer medizinischer Abklärungen abzuweisen.

**5.** Der Kritik der Beschwerdeführerin an der angefochtenen Verfügung, welche davon ausgeht, dass überhaupt keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege, erweist sich als begründet, wie nachfolgend dargelegt wird.

**5.1** Vorab übersieht die vorinstanzliche Argumentation, dass bereits das polydisziplinäre E. \_\_\_\_\_-Gutachten aus neurologischer und neuropsychologischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von immerhin 30% anerkannt hat (vgl. oben Erw. 3.9.2). Weshalb eine solche, weitgehend somatisch begründete Limitierung der Arbeitsfähigkeit im Zeitpunkt des Verfügungserlasses unbeachtlich sein soll, bleibt unerfindlich. Soweit sich die Vorinstanz dabei hauptsächlich auf die Ausführungen und Beurteilungen der AJ-Gutachter Dres. ... beruft, wird auf die nachfolgenden Ausführungen verwiesen.

**5.2.1** Im konkreten Fall vertreten die erwähnten AJ-Gutachter sinngemäss den Standpunkt, dass aus psychiatrischer und neurologischer Sicht u.a. in Anbetracht von festgestellten Inkonsistenzen einzig die Diagnose (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eines polyvalenten Analgetika-Fehlgebrauchs (einschliesslich eines Opioids mit assoziiertem Analgetika-Kopfschmerz und Hinweisen auf eine Opioid-Abhängigkeitsentwicklung) zu vergeben sei (vgl. IV-act. 112-14/113 unten).

**5.2.2** Gegen eine solche (eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verneinende) Würdigung aller Befunde und der Aktenlage durch die AJ-Gutachter haben zwei Fachpersonen des kantonalen Sozialpsychiatrischen Dienstes (SPD, neu APP) in einer ausführlichen Stellungnahme vom 19. Dezember 2017 gewichtige Einwände erhoben (siehe oben Erw. 3.17.1 bis 3.17.3), auf welche die AJ-Gutachter nach entsprechenden Rückfragen der Vorinstanz höchstens rudimentär, jedenfalls völlig unzureichend eingegangen sind. Zur ausführlichen und insgesamt nachvollziehbaren Argumentationskette der SPD-Ärzte (siehe oben 3.17.2: schwerer seelischer Konflikt im Jahre 2011; ischämischer Insult am 31.7.2012; familiäre Belastung durch MS-Erkrankung der Tochter und des Bruders der Versicherten, Verdachtsdiagnose einer dissoziativen Lähmung durch Dr. ..., welche

später auch von Dr. ... unterstützt wurde, etc.), machten die AJ-Gutachter in der Stellungnahme vom 13. April 2018 einzig geltend, dass sie sich "zu den Aspekten einer psychischen Genese der Beschwerden geäußert" hätten und dass "ausreichende Anhaltspunkte für eine erhebliche psychische (dissoziative) Genese der vorgetragenen Beschwerden" fehlen würden. Mit den konkret aufgelisteten Aspekten (schwerer seelischer Konflikt im Jahre 2011; ischämischer Insult am 31.07.2012; familiäre Belastung durch MS-Erkrankung der Tochter und des Bruders der Versicherten, Verdachtsdiagnose einer dissoziativen Lähmung durch Dr. ..., welche auch von Dr. ... vertreten wird) setzten sich die AJ-Gutachter weder in der Stellungnahme vom 13. April 2018, noch im Nachtrag vom 3. Dezember 2018 auch nur ansatzweise, geschweige denn substantiiert auseinander. Im ursprünglichen bidisziplinären Gutachten wurde in diesem Zusammenhang noch ausgeführt (IV-act. 112-12/113):

Die aktenkundige Interpretation der auch in den Vorbewertungen überwiegend als nicht somatisch eingeschätzten Halbseitenstörung im Sinne einer bewusstseinsfernen dissoziativen Genese ist aus Sicht der Gutachter als allenfalls möglich, ebenso gut und gleichrangig wahrscheinlich jedoch auch eine bewusstseinsnahe (demonstrative) Ursache mit zu erwägen. Ein seelischer Konflikt, der einer dissoziativen Genese unterliegen könnte, liess sich hier nicht herausarbeiten (...).

Dass indessen die SPD-Ärzte in ihrer Argumentation einen schweren seelischen Konflikt thematisierten, haben die AJ-Gutachter in ihren nachträglichen Stellungnahmen kommentarlos ausgeblendet. Analog haben sie sich auch mit den beiden MS-Erkrankungen innerhalb der Familie der Versicherten überhaupt nicht befasst. Anzuführen ist, dass die für die Versicherte traumatisch wirkenden Belastungen (im Jahre 2011 nach 14 Jahren Stelle als Leiterin eines Kiosks mit Angestellten verloren, dann MS-Erkrankung der Tochter) bereits beim Klinikaufenthalt im Frühling 2013 thematisiert wurden (vgl. IV-act. 39-11/28 oben). Zu den von den SPD-Ärzten im Einzelnen angeführten klinischen Kriterien dissoziativer Störungen haben sich die AJ-Gutachter nicht konkret geäußert, auch nicht in der ergänzenden Stellungnahme vom 3. Dezember 2018, wofür nach den Akten zusätzlich Fr. 5'169.60 in Rechnung gestellt wurden (IV-act. 163). In dieser letzten Stellungnahme beschränkten sich die AJ-Gutachter im Wesentlichen darauf, auf 31 Seiten die bereits bekannten medizinischen Unterlagen zu wiederholen (IV-act. 165-1/33 bis 165-31/33) sowie auf einer halben A4-Seite eine kurze Beurteilung abzugeben, welche *mit keinem Wort* auf die von verschiedenen Ärzten postulierten dissoziativen Störungen konkret eingeht.

**5.2.3** Damit erweisen sich die AJ-Berichte grundsätzlich als untaugliche Grundlagen zur Beurteilung des massgebenden Arbeits(un)fähigkeitsgrades der Versi-

cherten für die genannte Zeitperiode (November 2013 bis 30. September 2017). Für dieses Ergebnis spricht sodann auch:

- dass die AJ-Gutachter die von den SPD-Ärzten geäusserte Kritik, wonach Dr. ... hinsichtlich äussere Erscheinung und Verhalten die (gleichentags von Dr. ... festgestellten) Zeichen einer Halbseitenlähmung verschwieg (vgl. Vi-act. 128-8/13 oben), in den nachfolgenden Stellungnahmen kommentarlos übergingen (mithin dieser Kritik nichts entgegenzusetzen hatten);
- dass die AJ-Gutachter an ihrer einzigen Diagnose eines Medikamenten-Fehlgebrauchs (IV-act. 112-107/113) auch dann noch uneingeschränkt festhielten (vgl. IV-act. 165-32/33 oben), als die SPD-Ärzte in der Stellungnahme vom 19. Dezember 2017 auf eine von der Versicherten im Sommer 2017 vorgenommene Absetzung aller Analgetika verwies (mit lediglich diskreter Entzugssymptomatik, vgl. IV-act. 128-13/13);
- dass die Versicherte von verschiedenen Fachpersonen und unabhängig voneinander als arbeitssame, arbeitswillige bzw. motivierte und kämpferische Person beurteilt wurde (vgl. Erw. 3.11; Erw. 3.14 in fine; IV-act. 39-18/28 oben; IV-act. 41-5/9 unten = Beurteilung beim Testarbeitsplatz; IV-act. 89-5f./6);
- und dass Anhaltspunkte für ein aggravatorisches bzw. rentenbegehrliches Verhalten von involvierten Fachpersonen unabhängig voneinander verneint wurden (vgl. IV-act. 39-11/28 unten; IV-act. 80-6/8 oben; IV-act. 89-5/6 1. Abs. in fine). Auch der Umstand, wonach die Versicherte ab 2014 durchgehend rund 30% bei einem Grossverteiler gearbeitet hat (seit der Erfüllung des 64-igsten Altersjahres sind es nur noch maximal 8 Stunden pro Woche, weil dies das Reglement dieses Grossvertelers für 64-jährige Frauen vorgibt, siehe Protokoll der mündl. Verhandlung), spricht grundsätzlich gegen die Annahme von Aggravation und Rentenbegehrlichkeit.

**5.3** Im Lichte all dieser Aspekte sprechen die gewichtigeren Argumente dafür, dass (in Anlehnung an die dargelegte Argumentationskette der erwähnten SPD-Ärzte) ausgehend vom erwähnten schweren seelischen Konflikt im Jahre 2011, dem ischämischen Insult vom 31. Juli 2012 und der familiären Belastung (MS-Erkrankung der Tochter und des Bruders) von bedeutsames Residuen im Sinne einer Ausfallsymptomatik bzw. dissoziativen Störungen auszugehen ist, welche sich auf den zumutbaren Arbeitsfähigkeitsgrad auswirken und auch anlässlich der mündlichen Verhandlung authentisch wirkten. Nachdem zum einen im E.\_\_\_\_\_ -Gutachten (auch ohne psychiatrische Diagnose) eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30% anerkannt wurde, zum andern die Versicherte im betreffenden Zeitraum weitgehend eine Teilzeitarbeit im Umfange von 30%

ausübte, sodann die Versicherte zu Beginn des betreffenden Zeitraumes zu 60% bzw. 50% arbeitsunfähig geschrieben war (vgl. IV-act. 21-5/11 unten; IV-act. 13-4/19 unten; IV-act. 41-8/9 Mitte; IV-act. 39-18/28 unten; IV-act. 39-10/28 oben) und die konsultierte Oberärztin Dr.med. AH.\_\_\_\_\_ sinngemäss eine gewisse Steigerung des Pensums beim Grossverteiler noch als zumutbar erachtete (IV-act. 87-3/3), rechtfertigt es sich im Rahmen einer Gesamtschau, ermessensweise von einem massgebenden Arbeitsunfähigkeitsgrad von 60% (bzw. einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 50% für adaptierte Tätigkeiten im betreffenden Zeitraum) auszugehen. Anzuführen ist, dass das vorliegende Ergebnis unmissverständlich auch Züge einer vermittelnden Vergleichslösung aufweist, welche den Besonderheiten des konkreten Einzelfalles und damit letztlich auch einer Einzelfallgerechtigkeit Rechnung trägt, zumal es nur um einen zeitlich beschränkten Rentenanspruch geht und überdies eine retrospektive Beurteilung des massgebenden Arbeitsfähigkeitsgrades vorzunehmen ist.

**6.** Das Valideneinkommen per 2013 beträgt gemäss der vorinstanzlichen Berechnung Fr. 52'355.90 bzw. aufgerundet Fr. 52'356.-- (siehe IV-act. 70-4/5). Zur Ermittlung des Invalideneinkommens kann nicht auf den beim Grossverteiler (auf der Basis eines Pensums von 30%) erzielten Verdienstes abgestellt werden, weil damit das oben hergeleitete, hier massgebend verbliebene Leistungspotential nicht vollumfänglich ausgeschöpft wurde. Beim Invalideneinkommen berücksichtigte die Vorinstanz in ihrer aktenkundigen Berechnung aus den Tabellenlöhnen ein durchschnittliches Jahressalär 2013 von Fr. 54'273.-- (hochgerechnet auf 41.7 Arbeitsstunden pro Woche) in einer einfachen Tätigkeit für Frauen (vgl. IV-act. 70-4/5). Wird das Invalideneinkommen – wie hier – auf der Grundlage der Lohnstrukturhebungen (LSE) ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung allenfalls zu kürzen. Ohne für jedes zur Anwendung gelangende Merkmal separat quantifizierte Abzüge vorzunehmen, ist der Einfluss aller Merkmale auf das Invalideneinkommen (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen. Der Abzug darf 25% nicht übersteigen (vgl. Urteil 8C\_91/2013 vom 22.8.2013 Erw. 3.1 mit Hinweisen, u.a. auf BGE 134 V 322 Erw. 5.2 S. 327f.; Urteil 8C\_546/2011 vom 14.11.2011 Erw. 4.1). Nachdem das oben als Ausgangswert für das Invalideneinkommen ermittelte Jahreseinkommen von Fr. 54'273.-- höher ausfällt als das Valideneinkommen (Fr. 52'355.90), rechtfertigt es sich, um allen Eventualitäten gerecht zu werden, einen leidensbedingten Abzug von wenigstens 5% zu gewähren, womit das Invalideneinkommen insgesamt auf Fr. 20'624.-- zu veranschlagen ist ( $54'273 \times 0.95 = 51'559.35$ ; davon 40%, d.h. :

$100 \times 40 = 20'623.75$ ). Stellt man dieses Invalideneinkommen dem Valideneinkommen gegenüber, resultiert im Ergebnis ein massgebender IV-Grad von aufgerundet 61% ( $52'356 \text{ minus } 20'624 = 31'732$ ;  $31'732 : 52'356 \times 100 = 60.6$ ). Damit ist der Beschwerdeführerin für den genannten Zeitraum eine IV-Dreiviertelsrente zu gewähren. Die Festlegung und Nachzahlung der geschuldeten Rentenbeträge (inkl. allfällige Verrechnung mit Ansprüchen der kommunalen Fürsorgebehörde) ist Sache der Vorinstanz.

7. Dem vorliegenden Ergebnis entsprechend wird der beanwalteten Beschwerdeführerin für Ihr Obsiegen zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung zugesprochen. Für die Höhe der Entschädigung ist auf den kantonalen Gebührentarif für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) abzustellen, welcher für das Honorar in Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht. Nach § 2 GebTRA werden als Bemessungskriterien insbesondere die Wichtigkeit der Streitsache, ihre Schwierigkeit, der Umfang und die Art der Arbeitsleistung sowie der notwendige Zeitaufwand berücksichtigt. Für eine gewisse Erhöhung der Entschädigung (im Vergleich zu anderen Fällen) spricht im konkreten Fall, dass eine mündliche Verhandlung angefallen ist. Zusammenfassend ist die Parteientschädigung auf insgesamt Fr. 3'000.-- zu veranschlagen (inkl. MwSt und Auslagen).

### **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Rentenverfügung vom 11. Juni 2019 aufgehoben. Es wird festgehalten, dass die Beschwerdeführerin im Sinne der Erwägungen für den Zeitraum vom 1. November 2013 bis zum 30. September 2017 Anspruch auf eine IV-Dreiviertelsrente hat.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Vorinstanz auferlegt. Sie hat diesen Betrag innert 30 Tagen seit Zustellung dieses Entscheids auf das Postkonto 60-22238-6 des Gerichts zu überweisen.
3. Der beanwalteten Beschwerdeführerin wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- zu gesprochen (Auszahlung an den Rechtsvertreter).
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde\* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
5. Zustellung an:
  - den Vertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
  - die Vorinstanz (R)
  - und das Bundesamt für Sozialversicherungen (A).

Schwyz, 28. Oktober 2019

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der a.o. Gerichtsschreiber:

#### **\*Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 15. November 2019

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I

