

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2023 2

## Entscheid vom 15. Mai 2024

---

Besetzung

lic.iur. Thomas Rentsch, Vizepräsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Urs Gössi, Richter  
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

---

Parteien

A. \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführerin,  
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B. \_\_\_\_\_

**gegen**

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

---

Gegenstand

Invalidenversicherung (Rente)

## **Sachverhalt:**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (geb. \_\_\_\_\_1968, verheiratet, 2 erwachsene Kinder \_\_\_\_\_ Abschluss der obligatorischen Schulzeit, keine Berufsausbildung) meldete sich am 29. April 2004 (Posteingang) aufgrund einer starken Gleichgewichtsstörung mit starkem Schwindel seit 1. März 2003 erstmals bei der IV-Stelle Schwyz zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Zuvor arbeitete sie von 1997 bis 2000 bzw. vom 2. September 2000 bis Dezember 2000 und ab 9. Januar 2002 bis 28. Februar 2002 als Teilzeitangestellte im Service (IV-act. 8f.). Nach weiteren Abklärungen verfügte die IV-Stelle Schwyz am 25. Januar 2005 die Abweisung des Gesuchs um berufliche Massnahmen und Ausrichtung einer Invalidenrente (IV-act. 12).

**B.** Am 25. Mai 2021 (Posteingang) meldete sich A.\_\_\_\_\_ bei Schwindel, Migräne, Ischialgie, Rücken und Darm seit 2003 und aufgrund einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit seit 1. Januar 2021 erneut bei der IV-Stelle Schwyz zum Leistungsbezug an. Zuvor arbeitete A.\_\_\_\_\_ seit dem 1. Januar 2014 zu 40% in einem Online-Shop-Lager (mit Kündigung per 31.12.2022) und übte zusätzlich eine Reinigungstätigkeit von vier bis sechs Stunden pro Woche aus (IV-act. 13, 24-2/6).

**C.** Nach weiteren Abklärungen sowie Abschluss der Frühintervention teilte die IV-Stelle Schwyz A.\_\_\_\_\_ am 2. Juni 2022 im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens die Notwendigkeit weiterer Abklärungen mit (IV-act. 31). Nachdem A.\_\_\_\_\_ in der Folge die verlangten Unterlagen einreichte bzw. einreichen liess (vgl. IV-act. 34, 36f.) sah die IV-Stelle Schwyz mit Vorbescheid vom 21. Oktober 2022 vor, das Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act. 43). Dagegen erhob A.\_\_\_\_\_ keine Einwände. Mit Verfügung vom 2. Dezember 2022 wies die IV-Stelle Schwyz das Leistungsbegehren ab (IV-act. 44).

**D.** Mit Eingabe vom 9. Januar 2023 (= Datum der Postaufgabe) lässt A.\_\_\_\_\_ gegen die Verfügung vom 2. Dezember 2022 fristgerecht Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz erheben mit den folgenden Anträgen:

1. Die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 2. Dezember 2022 sei dahingehend abzuändern, dass der Beschwerdeführerin eine Invalidenrente zusteht.
2. Eventualiter sei die Sache in Aufhebung der angefochtenen Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 2. Dezember 2022 zur Vornahme ergänzender Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen oder das Gericht habe selber ergänzende Abklärungen anzuordnen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

**E.** Mit Vernehmlassung vom 10. Februar 2023 beantragt die IV-Stelle Schwyz, die Verwaltungsgerichtsbeschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdeführerin. Mit Replik vom 23. Februar 2023 lässt die Beschwerdeführerin vollumfänglich an den Anträgen gemäss Beschwerdeschrift vom 9. Januar 2023 festhalten. Die Duplik der Vorinstanz erfolgte am 14. März 2023.

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

1. Art. 59 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2020 sieht die Teilnahme am vorinstanzlichen Verfahren nicht explizit vor, womit die Beschwerdelegitimation daher auch gegeben sein kann, wenn sich eine Partei nicht durchgehend und explizit am kantonalen bzw. verwaltungsinternen Verfahren beteiligt hat (vgl. hierzu Bollinger, BSK ATSG, Art. 59 N 7f. m.V.a. BGE 127 V 107 E. 2; vgl. auch VGE I 2022 73 vom 12.1.2024 E. 1.3; Kieser, ATSG-Komm., 4. A., Zürich / Basel / Genf 2020, Art. 59 N 12; Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13.3.2014, EL 2012/24 E. 1.4 m.V.a. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11.11.2003, IV 2003/54-Z). Dem Interesse an der objektiv richtigen Anwendung des materiellen Bundessozialversicherungsrechts wird dabei ein höheres Gewicht beigemessen, zumal in der Regel kaum öffentliche Interessen gegen einen Verzicht auf das Erfordernis der formellen Beschwerdsprechen (vgl. Meyer, Die Teilnahme am vorinstanzlichen Verfahren als Voraussetzung der Rechtsmittellegitimation, in: Schaffhauser / Schlauri, Sozialversicherungsrechtstagung 2004, S. 9ff.). Dafür spricht auch, dass - gemäss Art. 57a Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) vom 19. Juni 1959 - das Vorbescheidverfahren insbesondere der Gewährung des rechtlichen Gehörs dient.

Damit kann auf die vorliegende Beschwerde eingetreten werden, auch wenn die (damals nicht anwaltlich vertretene) Beschwerdeführerin keine Einwände gegen den Vorbescheid der Vorinstanz vom 21. Oktober 2022 erhoben hat. Von der Vorinstanz wird denn auch nichts Anderes geltend gemacht.

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten

auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

**2.2.1** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c).

**2.2.2** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (in der bis 31.12.2021 geltenden Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

Gemäss der seit 1. Januar 2022 geltenden Gesetzesrevision "Weiterentwicklung der IV" (WEIV), wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt (Art. 28b Abs. 1 IVG). Dieses neue System gilt für alle ab 1. Januar 2022 zugesprochenen Renten (vgl. Dupont, Weiterentwicklung der IV, SZS 2022, S. 7).

Erfolgt die Verfügung über die erstmalige Rentenzusprache nach dem 1. Januar 2022, welche aber einen Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022 begründet, sind die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der Fassung gültig bis 31. Dezember 2021 massgebend (Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung, KSIR [Fassung ab 1.1.2022] Rz. 9101; KOSS - Gerber, Art. 28b IVG, N 102). Dies gilt auch bei erstmalig abgestuften bzw. befristeten Rentenzusprachen und Revisionsfällen (KSIR Rz. 9102).

**2.2.3** Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG (Art. 29 Abs. 1 IVG).

**2.2.4** Vorliegend hat die Vorinstanz einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin am 2. Dezember 2022, also nach dem 1. Januar 2022 verneint. Die Beschwerdeführerin meldete sich am 25. Mai 2021 bei der Vorinstanz zum Leistungsbezug an und machte eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit seit 1. Januar 2021 geltend. Gemäss angefochtener Verfügung vom 2. Dezember 2022 hätten die Abklärungen ergeben, dass ab 4. Januar 2021 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. Es habe jedoch keine anhaltende Erwerbsunfähigkeit während der Dauer eines Jahres vorgelegen, da spätestens ab 4. August 2021 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben gewesen sei. Aus den Akten ergeben sich jedoch auch Anhaltspunkte dafür, dass bereits vor dem 1. Januar 2021 eine (Teil-)Arbeitsunfähigkeit vorhanden gewesen sein könnte (vgl. IV-act. 24-2/6). Ob diese Anhaltspunkte ausreichen, um den Beginn des Wartejahres und somit in der Folge den Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs auf einen früheren Zeitpunkt festzulegen, kann vorliegend jedoch offen bleiben. Mit dem nachfolgenden Ergebnis ist unerheblich, welche der vorstehend erwähnten (geänderten) Bestimmungen anwendbar sind.

**2.3** Die Invalidität bemisst sich rechtsprechungsgemäss 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 E. 3d). Wer nicht mindestens teilweise arbeitsunfähig ist, kann auch nicht erwerbsunfähig und mithin nicht invalid sein (vgl. BGE 105 V 139 E. 1b).

**2.4** 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 E. 1a). Mit dem Untersuchungsgrundsatz korrelieren die Mitwirkungspflichten der versicherten Person, indem diese zur Abklärung des Sachverhaltes beitragen muss (vgl. Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung IVG, 4. Aufl., Zürich 2022, Art. 53-57 IVG N 10 mit Verweis auf BGE 122 V 157 E. 1a).

**2.5.1** 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 (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1 f.; BGE 125 V 256 E. 4).

**2.5.2** 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 E. 3a; 122 V 157 E. 1c).

**2.5.3** 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 E. 3a; BGE 134 V 231 E. 5.1).

**2.5.4** 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 (z.B. Urteil BGer 9C\_437/2012 vom 6.11.2012 E. 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 substanziell 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 E. 1 begründete und in zahllosen Urteilen bestätigte Rechtsprechung, z.B. BGE 132 V 93 E. 4; BGE 140 V 193 E. 3.2).

**2.5.5** Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

**2.5.6** Den versicherungsinternen Beurteilungen misst die Rechtsprechung nicht die gleiche Beweiskraft zu wie versicherungsexternen Gutachten (BGE 135 V 470). Auf versicherungsinterne Gutachten wird schon dann nicht mehr abgestellt, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (SK ATSG - Kieser, 4. Aufl., Zürich / Basel / Genf 2020, Art. 44 N 37 m.H.a. SVR 2010 IV Nr. 41, 8C\_197/2014 E. 4.2).

**2.6** Für die Festsetzung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Leiden definiert das strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 systematisierte Indikatoren, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und allfälliger Kompensationspotentiale (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (vgl. BGE 143 V 409 bzw. BGE 143 V 418 betr. Anwendbarkeit des strukturierten Beweisverfahrens auf depressive Störungen leicht bis mittelgradiger Natur bzw. grundsätzlich auf sämtliche psychischen Erkrankungen). Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung in ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren, die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 E. 5.2).

**2.7** Die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (vgl. Urteile BGer 9C\_77/2015 vom 27.3.2015 E. 5.4; 9C\_78/2014 vom 18.3.2014 E. 4; I 676/05 vom 13.3.2006 E. 2.4 mit Hinweisen).

**2.8** 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. Aufl., Rz. 153; Urteil BGer 8C\_424/2010 vom 19.7.2010 E. 3.2.3 mit Verweis auf BGE 134 I 140 E. 5.3).

**3.1** Zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ab und vor der ersten Anmeldung bei der Vorinstanz am 29. April 2004 ergibt sich aus den Akten was folgt.

**3.1.1** Dr.med. C.\_\_\_\_\_ (Facharzt FMH für Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten) untersuchte die Beschwerdeführerin am 24. März 2003. In seinem Bericht vom 31. März 2003 diagnostizierte er eine Unterfunktion des peripheren Vestibularorganes rechts. Im übrigen ORL-Status fände sich noch eine Septumdeviation nach links, ansonsten bestehe ein altersentsprechend unauffälliger Befund. Der Untersuchungsbefund sei insofern etwas überraschend, als dass die von der Beschwerdeführerin angegebene Anamnese für eine periphere Vestibulopathie nicht typisch sei (fehlender Drehschwindel) und auch im orientierenden Vestibularisstatus nichts auf eine solche Unterfunktion schliessen liess. Differenzialdiagnostisch gelte es daher auch an eine zentrale Pathologie zu denken, weshalb dringend ein neurologisches Konsilium, allenfalls mit Magnetresonanz-Untersuchung, empfohlen werde (IV-act. 7-26/29).

**3.1.2** Am 4. April 2003 berichtete Dr.med. D.\_\_\_\_\_ (Spezialarzt FMH für Neurologie) dem Hausarzt, dass die Ursache des angeblich zunächst massiven, jetzt noch leichten Dauerschwindels nicht mit Sicherheit bestimmt werden könne. Es gebe keine erklärenden Befunde (das MRI des Schädels vom 4.4.2003 sei normal). Differenzialdiagnostisch scheine eine psychogene Störung zu bestehen (IV-act. 7-16/29).

**3.1.3** Der Hausarzt Dr.med. E.\_\_\_\_\_ (Allgemeine Medizin FMH), bei welchem die Beschwerdeführerin seit November 1993 in Behandlung war, hielt in seinem Bericht vom 14. Mai 2004 einen chronischen persistierenden reaktivierten benignen Lagerungsschwindel mit psychosomatischer Überlagerung fest. Die Beschwerdeführerin sei durch diese Krankheit im chronischen Verlauf sehr ängstlich geworden. Sie sei sehr sensibel, habe gelegentliche Anfälle von Migräne, Hypotonie, deutliche Tendinosen im Bereich der Ansätze an der ersten Rippe und massive Verspannungen nuchal, cervical und costo-scapulär. Dr.med. E.\_\_\_\_\_ attestierte der Beschwerdeführerin eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit seit 1. März 2003 bis auf weiteres. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig (IV-act. 7-1ff./29).

**3.1.4** Mit Stellungnahme vom 21. Januar 2005 hielt der Arzt des Regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) der Vorinstanz folgende Diagnosen fest (IV-act. 11-4/4):

Diagnosen ohne Auswirkungen auf Arbeitsleistung:

Benigner Lagerungsschwindel  
Psychosomatische Beschwerden  
Migräne  
Hypotonie  
Tendinosen, Myosen

Ein Gesundheitsschaden nach Art. 8 ATSG sei nicht vorhanden. Im Speziellen fände sich auch keine invalidisierende psychiatrische Erkrankung. Eine ergänzende (psychiatrische) Abklärung sei nicht angezeigt. Die Beschwerden der Beschwerdeführerin seien ausführlich medizinisch abgeklärt worden.

**3.1.5** Im Rahmen der Abklärungen zur Anmeldung bei der Vorinstanz vom 25. Mai 2021 ging bei der Vorinstanz am 12. September 2022 zudem der Bericht von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ (Spezialarzt FMH für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie, IV-Expertenarzt) vom 27. Februar 2009 ein (IV-act. 36-5/13). Demgemäss erlitt die Beschwerdeführerin am 27. Februar 2009 in den Skiferien mehrere kurzdauernde Drehschwindelattacken beim Aufsitzen oder Abliegen aus dem Sitzen, weshalb eine notfallmässige Untersuchung bei Dr.med. F.\_\_\_\_\_ erfolgte, welcher in der Lagerungsprüfung u.a. kein Lagerungsnystagmus oder Schwindel habe provozieren können. In der Folge überwies Dr.med. F.\_\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin an Dr.med. G.\_\_\_\_\_ (FMH Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten, Speziell Hals- und Gesichtschirurgie).

**3.1.6** Der Bericht von Dr.med. G.\_\_\_\_\_ vom 4. März 2009 nennt folgende Diagnosen (IV-act. 36-6/13):

1. Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel des horizontalen Bogenganges rechts
2. Chronische multifaktorielle Schwindelbeschwerden
  - Status nach anamnestisch dreimaliger Kanalolithiasis
  - Verdacht auf vestibuläre Migräne
  - Vorbestehende Kinetose

Anamnestisch sei es seit dem 27. Februar 2009 immer wieder zu Drehschwindelattacken, meist beim Drehen im Bett, Aufsitzen oder Hinlegen, gekommen. In der Beurteilung hielt Dr.med. G.\_\_\_\_\_ fest, dass es ihm erstmals gelungen sei, bei der Beschwerdeführerin eindeutig einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel nachzuweisen. Das Lagerungsmanöver sei erfolgreich gewesen, bei der Nachkontrolle am 4. März 2009 sei die Beschwerdeführerin - abgesehen von ihren leichten Dauertrümmelbeschwerden - weitgehend beschwerdefrei gewesen. In einer nochmaligen Lagerungsprüfung habe weder Schwindel noch

Nystagmus provoziert werden können. Dr.med. G.\_\_\_\_\_ habe die Beschwerdeführerin darüber aufgeklärt, dass bei ihr verschiedene Faktoren (Migräne, Lagerungsschwindel, phobische Komponente) dazu führen könnten, ihr labiles Gleichgewicht aus dem Ruder zu bringen. Eine psychologisch-psychiatrische Beurteilung und Begleitung könne er hier sehr unterstützen. Als nächstes sei eine Kontrolle in der psychiatrischen Poliklinik am H.\_\_\_\_\_ (Spital) geplant. Die Behandlung bei Dr.med. G.\_\_\_\_\_ könne vorübergehend abgeschlossen werden. Bei Wiederauftreten von Drehschwindelattacken könne sich die Beschwerdeführerin jederzeit wieder für das Lagerungsmanöver melden (IV-act. 36-7/13).

**3.1.7** Am 13. Juli 2010 diagnostizierte Dr.med. C.\_\_\_\_\_ eine Canalolithiasis rechts. Bei bekannter Vorgeschichte habe er (bei der Beschwerdeführerin, welche er am 28.4.2010 gesehen habe) aufgrund der Angabe, dass die Schwindelbeschwerden vor allem bei Lagewechsel nach rechts auftreten würden, einen Repositionsversuch durchgeführt und die Beschwerdeführerin dazu angehalten, ein Habituationstraining durchzuführen. Unter diesen Massnahmen sei es im Verlauf zur Verbesserung der Symptomatik, mit - anlässlich der letzten Kontrolle am Berichtstag- subjektiv kaum noch Schwindelbeschwerden, gekommen. Eine weitere Kontrolle sei nur noch bei Bedarf vorgesehen (IV-act. 36-8f./13).

**3.1.8** Dr.med. I.\_\_\_\_\_ (Facharzt FMH für Neurologie, Neuroangiologie, EMG, EEG, evoz. Potentiale) hielt in seinem Bericht vom 22. September 2010 fest, dass die gewünschte zerebrovaskuläre Dopplersonographie bei St. n. Sinus-Venenthrombose der Schwester (unter Ovulationshemmern) vollständig normale Befunde im Carotis- und Vertebralisstromgebiet sowie auch in den Hirnbasisarterien zeige. Die Beschwerdeführerin habe seit dem 20. Lebensjahr eine Migräne mit ophthalmischer und auch sensorischer Aura. Bei dieser Migräneform seien Ovulationshemmer kontraindiziert, weshalb er die Absetzung von Milvane empfohlen habe. Ferner dürfe die Beschwerdeführerin Triptan erst nach Ende der Aura applizieren. Klinisch-neurologisch sei die Beschwerdeführerin völlig unauffällig. Eine Basistherapie für die Migräne sei derzeit bei obiger Frequenz nicht nötig (IV-act. 36-10ff./13).

**3.1.9** Am 15. September 2011 bestätigte PD Dr.med. J.\_\_\_\_\_ (Ophthalmologie / Ophthalmochirurgie FMH), dass sich die Beschwerdeführerin aufgrund eines praeperimetrisch primär chronischen Offenwinkelglaukoms in seiner Behandlung befinde. Zurzeit würden verschiedene Medikamente erprobt, um die bestmögliche Verträglichkeit zu gewährleisten (IV-act. 36-13/13).

**3.2** Nach der Anmeldung bei der Vorinstanz am 25. Mai 2021 ergibt sich aus den Akten zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin was folgt.

**3.2.1** Die neue Hausärztin Dr.med. K.\_\_\_\_\_ (Allgemeine Innere Medizin FMH) attestierte im Bericht vom 31. August 2021 keine Arbeitsunfähigkeit und hielt auch keine eigenen die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Diagnosen fest, sondern verwies vielmehr auf den behandelnden Psychiater (IV-act. 23-1ff./8).

**3.2.2** Dr.med. L.\_\_\_\_\_ (Psychiatrie und Psychotherapie FMH), bei welchem die Beschwerdeführerin seit 9. Februar 2021 (anfangs jede zweite Woche, seit März 2021 monatlich) in Behandlung war, hielt in seinem Bericht vom 25. September 2021 an die Taggeldversicherung folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: "Ängstlich-depressive Anpassungsstörung (ICD 10: F43.22) abklingend; Somatoforme Störung (ICD 10: F45.4 und F45.8), Kopfschmerzen, Schwindel, abklingend" (IV-act. 38-1/10). Das Wohlbefinden sei im Laufe der Monate zunehmend gewesen, der affektive Kontakt noch leicht angespannt. Die Beschwerdeführerin erhalte seit Mitte Februar Relaxan und Rebalance mit gutem Erfolg bzw. Besserung der Ängstlichkeit (sowie Tebokan betreffend Schwindel von Dr. M.\_\_\_\_\_). Das Leiden im täglichen Leben zeige sich durch Energiemangel, Antriebslosigkeit, anfänglich noch Schwindel, Kopfschmerzen, innere Unruhe. Jetzt sei es zu einer klaren Besserung gekommen. Die Beschwerdeführerin fahre wieder Auto (zum ersten Mal seit 6 Monaten). Die Beschwerdeführerin könne ihre bisherige Tätigkeit (Allrounderin, Dekoration) sobald genesen wieder wie bislang aufnehmen. Beim letzten therapeutischen Termin am 17. Mai 2021 sei die Beschwerdeführerin noch nicht stabil gewesen. Es sei jedoch zu einer klaren Besserung von Ängstlichkeit und Unsicherheit gekommen, sodass die prämorbid Arbeitsfähigkeit wiedererlangt sei (IV-act. 38-1f./10).

Gemäss Bericht von Dr.med. L.\_\_\_\_\_ an die Vorinstanz am 26. September 2021 (Posteingang: 1.10.2021), sei die letzte Konsultation am 4. August 2021 bzw. am 29. September 2021 (sic!) erfolgt. Gemäss aktueller medizinischer Symptomatik und Situation sei es bereits 2003 zu einem Dreh- und Lager-schwindel bei früheren Belastungen gekommen. Im November 2020 sei es als Spätfolge des Versterbens ihrer Mutter (2016) und Auszug der erwachsenen Kinder zu Schwindel, Rückzugstendenz, Gefühl des Blockiertseins, wie in einem Käfig, Antriebslosigkeit, Höhenangst und Verlustängsten gekommen. Es sei am Abend vor dem Einschlafen zu Grübeln und panischer Angst gekommen. Sie sei sehr anlehnsbedürftig und traurig-aufgelöst gewesen, sobald sie alte Fotoalben ihrer Kinder betrachtet habe. Sie habe sich nicht mehr in der Lage gefühlt zu arbeiten und sei von ihrer Arbeitgeberin sehr unterstützt worden. Mittlerweile sei es zu einer klaren Besserung der obigen Symptomatik gekommen. Neben den erwähnten Medikamenten Relaxan, Rebalance und Tebokan sei Brintellix wegen Nebenwirkungen gestoppt worden. Die Grundstimmung sei leicht angespannt

aber moduliert (leicht reduziert) und auslenkbar (lächelt auch). Im affektiven Kontakt lache die Beschwerdeführerin zum Teil trotz Anspannung und suche Anlehnung. Aus psychiatrischer Sicht sei zu erwarten, dass die Beschwerdeführerin nach Abklingen der noch aktuellen Restsymptome wieder uneingeschränkt arbeiten könne. Weiter seien stützende Gespräche und Biographie-Arbeit vorgesehen. Dr. M.\_\_\_\_\_ verfolge chiropraktische und osteopathische Ansätze. Soma-tisch bestünden keine Funktionseinschränkungen. Einschränkend seien die Erschöpfungstendenz bei psychischem Stress oder Überforderung. Nach Gene-sung sei keine Minderung der Leistungsfähigkeit zu erwarten (IV-act. 26 und 38-3ff./10).

**3.2.3** Am 17. Januar 2022 berichtete Dr. M.\_\_\_\_\_ (Chiropraktor SCG/EUC), bei welchem die Beschwerdeführerin seit 1. Dezember 2020 in Behandlung ist, von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit seit 3. November 2020 bis auf weiteres. Durch die Schwindelattacken könne er sich keine Arbeit vorstellen, welche momentan funktionieren würde. Die Beschwerdeführerin leide erneut an einer "cervico-encephalen" Schwindelattacke mit assoziierter Angststörung sowie an Vertigo, Nausea, Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen. Betreffend Diagnosen und Medikation verwies Dr. M.\_\_\_\_\_ auf den Bericht von Dr.med. L.\_\_\_\_\_. Die Beschwerdeführerin leide sowohl subjektiv wie objektiv an starken Verspannungen in der HWS mit Flexions- und Rotationseinschränkung nach rechts, an nicht objektivierbar unscharfem Sehen (verschwommenes Sehen), an Schwinde-lattacken (objektiv) mit positiven Rhomberg's und positivem Einbeinstand, sowie an segmentaler Dysfunktion der oberen HWS, subjektiv an Atemnot sowie Tre-mor (IV-act. 28).

**3.2.4** Mit Stellungnahme vom 17. Mai 2022 hielt die RAD-Ärztin fest, dass bei of-fensichtlich nun seit über einem Jahr andauernder, für die Beschwerdeführerin arbeitsunfähigkeitsrelevanter Schwindelsymptomatik eine erweiterte medizini-sche Abklärung erforderlich sei. Eine neurologische und HNO-ärztliche Beurtei-lung sowie wahrscheinlich die Vorstellung in einem Schwindelzentrum sollte er-folgen. Zudem sollten die Blutdruckwerte, die Kopfschmerzfrequenz und Schwin-delattackenfrequenz inkl. Auslöser dokumentiert werden (IV-act. 30).

**3.2.5** Am 14. Juli 2022 erfolgte eine Untersuchung durch Dr.med. N.\_\_\_\_\_ (FMH ORL) mit den Diagnosen (IV-act. 36-1/13):

- Chronischer Schwindel mit/bei
- leichte peripher-vestibuläre Unterfunktion links
- V.a. vestibuläre Migräne
- St.n. Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel 2007-2008
- starke phobische Komponente

In der Beurteilung hielt Dr.med. N.\_\_\_\_\_ fest, dass sich in ihrer Untersuchung eine leichte peripher-vestibuläre Unterfunktion gezeigt habe, was wahrscheinlich Ende 2020 initial zum Beginn des Schwindels geführt habe, allenfalls im Sinne einer Neuritis vestibularis. Differentialdiagnostisch könne es sich auch um eine vestibuläre Migräne handeln. Verschlechtert werde das Ganze durch eine phobische Komponente. Angst könne ebenfalls Schwindel auslösen. Dr.med. N.\_\_\_\_\_ habe der Beschwerdeführerin geraten, sich möglichst viel zu bewegen und sich täglich etwas mehr zu getrauen. Hierfür wäre gemäss Dr.med. N.\_\_\_\_\_ sicherlich auch eine Verhaltenstherapie wichtig. Normalerweise werde eine Unterfunktion des Gleichgewichtsorgans zentral sehr gut kompensiert, so dass die Patienten alles wieder tun könnten. Kontrolle sei bei Bedarf vorgesehen (IV-act. 36-1f./13).

**3.2.6** Nach Einreichung der bereits erwähnten Arztberichte seit Februar 2009 (vgl. vorstehende E. 3.1.5ff.), insbesondere mit den neurologischen und HNO-ärztlichen Beurteilungen, den dokumentierten Blutdruckwerten (IV-act. 34, 37-1ff./10) und dem Tagebuch über die Kopfschmerz- und Schwindelattackenfrequenz inkl. Auslöser (IV-act. 37-5ff./10) äusserte sich der RAD in einer Stellungnahme vom 10. Oktober 2022 (IV-act. 40).

Darin bestätigte die RAD-Ärztin O.\_\_\_\_\_ (Fachärztin Allgemeine Innere Medizin FMH) das Vorliegen eines invalidisierenden Leidens. Ein kurzfristiger vorübergehender Gesundheitsschaden sei ausgewiesen. Offenbar habe die Beschwerdeführerin eine vestibuläre Schwindelproblematik mit zusätzlicher ängstlich-depressiver Anpassungsstörung und somatoforme Störung (Kopfschmerzen, Schwindel, ebenfalls abklingend zum Zeitpunkt vom 25.9.2021) erlitten. Zum Zeitpunkt vom 4. August 2021 und 29. September 2021 sei die Symptomatik als bereits abklingend beschrieben und keine Einschränkung hinsichtlich bisheriger Tätigkeit (Allrounderin, Dekoration) gesehen worden. Die Beschwerdeführerin sei zu diesem Zeitpunkt bereits wieder Auto gefahren, was sie seit Beginn der Erkrankung für sechs Monate habe pausieren müssen. Seit März 2021 hätten nur noch monatliche psychiatrische Behandlungen stattgefunden (anfangs jede zweite Woche). Die im Jahr 2017 noch vereinzelt erhöhten Blutdruckwerte seien in den letzten Jahren normwertig gewesen. Gemäss aktuellem HNO Befund vom 14. Juli 2022 habe zu diesem Zeitpunkt eine nur noch leichte periphere vestibuläre Unterfunktion ohne Auswirkungen auf den Alltag festgestellt werden können (sie könne spazieren, shoppen und Fahrrad fahren). Auch die HNO-Ärztin Dr.med. N.\_\_\_\_\_ erwähne eine phobische / Angst Komponente. Bereits zum Zeitpunkt 2009 / 2010 habe bei den primär lagerungsabhängigen aber auch mul-

tifaktoriellen Schwindelbeschwerden eine psychiatrische Komponente bestanden.

Von einer anhaltenden vollen Arbeitsunfähigkeit in jeder Tätigkeit sei nicht auszugehen. Spätestens seit März 2021 könne eine Teilarbeitsfähigkeit (50%) und spätestens ab dem 4. August 2021 eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten und einer angepassten Tätigkeit angenommen werden. Nach dem erwähnten psychiatrischen Arztbericht sei zum Zeitpunkt der oben genannten Konsultation sogar bereits die Fahrfähigkeit wiederhergestellt gewesen.

Zum optimalen Belastungsprofil führte die RAD-Ärztin aus, dass der Schweregrad des Schwindels und die schwindelauslösenden Umstände zu berücksichtigen seien. Des Weiteren seien die konkreten Arbeitsbedingungen und Gefährdungen zu erheben (Absturzgefahr, z.B. bei Arbeiten auf Dächern, Gerüsten, Leitern oder Podesten). Auch Arbeiten, bei denen Körperteile von rotierenden Maschinenelementen erfasst werden könnten oder bei denen die Gefahr eines Sturzes in flüssigkeitsgefüllte Becken oder stromführende elektrische Anlagen bestehe, könnten kontraindiziert sein. Schnell laufende Motorenteile könnten bei gestörter Optokinetik zu Problemen führen. Bei auch nur subjektiven Schwindelbeschwerden seien Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an das Gleichgewichtssystem (z.B. ungesicherte Gerüste / hohe Leitern oder Freileitungsmontagen) nicht zumutbar. Zusätzlich stelle sich die Frage der Eignung für das Führen eines betrieblichen Fahrzeuges wie eines Hubstaplers oder von gefährlichen Maschinen.

Das Führen des Autos und Fahrradfahren sei der Beschwerdeführerin wieder möglich, sodass spätestens ab diesem Zeitpunkt nicht mehr von namhaften Einschränkungen durch Schwindel ausgegangen werden könne.

**4.** Eine gerichtliche Würdigung dieser in den Erwägungen 3.1 bis 3.2.6 zusammengefassten, aus den vorliegenden Unterlagen entnommenen Angaben zeitigt die nachfolgend dargelegten Ergebnisse.

**4.1** Im konkreten Fall ist unbestritten, dass bei der Beschwerdeführerin ein (zumindest vorübergehender und grundsätzlich invalidisierender) Gesundheitsschaden ausgewiesen ist. Die Vorinstanz hält hierzu in der angefochtenen Verfügung zutreffend fest, dass der Beschwerdeführerin ab 4. Januar 2021 von Dr. M. \_\_\_\_\_ eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (vgl. IV-act. 15-3/3; 25-2/27; KV-act. 2-23/31). Gemäss Bericht der Hausärztin vom 31. August 2021 sei es im Februar 2021 zu einem psychischen Zusammenbruch gekommen mit massivem Schwindel, Agoraphobie, Angst und Panikattacken, weshalb die Beschwerdeführerin bei Dr.med. L. \_\_\_\_\_ und Dr. M. \_\_\_\_\_ in

Behandlung gewesen sei (IV-act. 23-2/8). Im Rahmen der Abklärung zur beruflichen Integration (im Juni 2021) berichtete die Beschwerdeführerin von einem gestörten vegetativen Nervensystem, aufgrund dessen der Gesundheitszustand bereits seit 2003 nie mehr stabil war bzw. es im Verlauf von ca. 10 Jahren (nämlich bereits 2009 und dann wieder ab November 2020) jeweils zu stärkeren "Schüben" (u.a. Schwindel, Migräne, Gleichgewichtsprobleme etc.) gekommen sei, was zu erheblichen Einschränkungen geführt habe. Ebenfalls erwähnt werden Angst, Panikattacken, depressive Verstimmung und Schlafprobleme (IV-act. 24-2/6). Die Beschwerdeführerin berichtete bei der Abklärung zur beruflichen Integration im Juni 2021 zudem von einer Verbesserung, jedoch nicht von einem vollständigen Abklingen der Symptome, was sich mit dem Bericht von Dr.med. L.\_\_\_\_\_ deckt (vgl. vorstehende E. 3.2.2). Dr.med. L.\_\_\_\_\_ äusserte in seinem Bericht an die Vorinstanz vom 26. September 2021 die Symptome Schwindel, Rückzugstendenz, Gefühl des Blockiertseins, wie in einem Käfig, antriebslos, Höhenangst, Verlustängste, Grübeln, panische Angst vor dem Versterben der Kinder, Traurigkeit, hielt indes zu diesem Zeitpunkt eine klare Besserung und gegenüber der Taggeldversicherung ein Abklingen dieser Symptomatik fest. Die Beschwerdeführerin sei mit stützenden Gesprächen und Biographie-Arbeit behandelt worden. Unter Relaxan und Rebalance konnte zudem eine weitere Besserung der Ängstlichkeit erreicht werden. Des Weiteren äusserte Dr.med. L.\_\_\_\_\_, keine Arbeitsunfähigkeit attestiert zu haben, sowie dass der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit (welche die Beschwerdeführerin im Pensum von 40% sowie eine zusätzliche Reinigungstätigkeit von 4 bis 6 Stunden pro Woche ausübte) zu vier bis fünf Stunden zumutbar sei, weil nach der Genesung keine Minderung der Leistungsfähigkeit mehr zu erwarten sei bzw. nach Abklingen der noch aktuellen Restsymptome könne die Beschwerdeführerin wieder uneingeschränkt arbeiten. Unter Berücksichtigung der Restsymptome bzw. des noch bestehenden Schwindels formulierte die RAD-Ärztin in der Folge ein Belastungsprofil. Damit wurden noch bestehende Einschränkungen berücksichtigt, sie vermochten indes nach dem Gesagten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr zu begründen. Gegenüber der Taggeldversicherung hielt Dr.med. L.\_\_\_\_\_ am 25. September 2021 denn auch fest, dass die prämorbidie Arbeitsfähigkeit wiedererlangt sei, was auch die vorangehenden Ausführungen bestätigt, wonach der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit wieder zu vier bis fünf Stunden zumutbar ist (IV-act. 38-2/10). Im gleichen Bericht hielt Dr.med. L.\_\_\_\_\_ fest, dass die Beschwerdeführerin nach Genesung ihre bisherige Tätigkeit wieder wie bislang aufnehmen könne. Inzwischen fahre die Beschwerdeführerin wieder Auto (zum ersten Mal seit sechs Monaten). Die Situation sei im Mai 2021 noch nicht stabil gewesen. Jetzt sei die Besserung klar. Den Haushalt

führt die Beschwerdeführerin gemäss Dr.med. L. \_\_\_\_\_ vollumfänglich und kümmere sich um den Ehemann (welcher nach der Schulter-OP noch in Rehabilitation sei), die Schwiegermutter (welche im gleichen Haus lebe) und teils auch noch um die Kinder (IV-act. 26-6/6). Bereits im März 2021 wurde die anfänglich jede zweite Woche erfolgte Behandlung auf monatliche Termine ausgedehnt. Zwischen der letzten und der zweitletzten Konsultation am 4. August 2021 und am 29. September 2021 liegen gar acht Wochen (IV-act. 26-2/6 und 38-2/10). Der zeitliche Abstand zwischen den Behandlungsterminen hat damit noch zugenommen, was ebenfalls für eine weitere Verbesserung des Gesundheitszustandes spricht. Schliesslich ist ab Oktober 2021 keine weitere Behandlung der Beschwerdeführerin durch Dr.med. L. \_\_\_\_\_ aktenkundig. Die Beschwerdeführerin ist inzwischen - gemäss eigenen Angaben - nicht mehr bei Dr.med. L. \_\_\_\_\_ in psychiatrischer Behandlung, weil dieser pensioniert sei. Mit seinem Nachfolger habe es offenbar Verständigungsschwierigkeiten gegeben, weshalb sie sich "privat" Hilfe hole. Hierzu finden sich indes keine Berichte in den Akten bzw. macht die Beschwerdeführerin nicht geltend, dass es sich bei der privaten Hilfe um eine psychiatrische Behandlung handelt. Ein psychischer Leidensdruck bzw. eine Behandlungsbedürftigkeit seitens der Beschwerdeführerin ist somit vorliegend seit Ende September 2021 nicht mehr erkennbar. Damit aber kann aus psychiatrischer Sicht - mit den Berichten von Dr.med. L. \_\_\_\_\_ - von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit spätestens seit Ende September 2021 ausgegangen werden bzw. lassen sich mit den Berichten von Dr.med. L. \_\_\_\_\_ und dem übrigen Sachverhalt die Feststellungen der RAD-Ärztin in dieser Hinsicht bestätigen.

Dafür spricht nach dem Gesagten auch, dass Dr.med. L. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 26. September 2021 nicht nur von einer Verbesserung spricht, sondern gar einzelne Befunde, mit welchen er die somatoforme Störung begründete (insbesondere die Kopfschmerzen), nicht mehr aufführte und beim Schwindel ebenfalls eine klare Besserung festhielt. Die phobische Komponente, welche aus psychiatrischer Sicht den Schwindel mitbegründete (vgl. hierzu auch IV-act. 36-1/13, 7/13), fiel mit der Besserung der ängstlich-depressiven Anpassungsstörung weg. Nachdem die Kopfschmerzen in der Befunderhebung nicht mehr enthalten sind und auch die Anpassungsstörung, als (Mit-) Ursache des Schwindels entfällt, ist ein Wegfall der Diagnose einer somatoformen Störung nach Genesung ohne Weiteres ebenfalls nachvollziehbar. In ihrem Tagebucheintrag vom Juni 2022 betreffend Kopfschmerzen hielt die Beschwerdeführerin sodann fest, dass es bei der Aura-Migräne zu einer Besserung gekommen sei und sie zu diesem Zeitpunkt noch ca. zwei bis drei Mal im Jahr davon betroffen sei. Im Übrigen kam es nach den Einträgen der Beschwerdeführerin häufiger zu Kopfschmerzen infol-

ge des Wetterwechsels, welchen sie jeweils mit Medikamenten behandelte und was ihr helfe (IV-act. 37-6/10; vgl. nachfolgende E. 4.2). Es ist dabei auch nicht von einer arbeitsfähigkeitsrelevanten psychischen Beeinträchtigung auszugehen.

**4.2** Auch gegenüber Dr.med. N.\_\_\_\_\_ bestätigte die Beschwerdeführerin eine Verbesserung des Gesundheitszustandes. Gemäss Anamnese im Bericht vom 15. Juli 2022 nehme die Beschwerdeführerin bei Migräne jeweils Aspirin ein, was ihr helfe. Auch alternativmedizinische Therapien und Chiropraktik würden ihr sehr helfen. Aufgrund des Schwindels habe sie seit Ende 2020 nicht mehr arbeiten können. Initial habe sie kaum das Haus verlassen aus Angst, dass der Schwindel wiederkomme. Inzwischen könne sie wieder spazieren, auch mal shoppen gehen und Fahrrad fahren. Bei dieser Untersuchung wurde der Beschwerdeführerin auch geraten, sich möglichst viel zu bewegen, sich täglich etwas mehr zu trauen und eine Verhaltenstherapie zu machen (IV-act. 36-1f./13).

**4.3** Betreffend Arbeitsunfähigkeit und Schwindelsymptomatik verwies Dr.med. L.\_\_\_\_\_ sodann auch auf den behandelnden Chiropraktor Dr. M.\_\_\_\_\_. Dieser attestierte noch im Januar 2022 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Schwindelsymptomatik. Es ist darauf hinzuweisen, dass nach der Praxis zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit auch auf Berichte von (behandelnden) Chiropraktoren als Sachverständige für dieses Gebiet abgestellt werden kann, wenn es um funktionelle Einschränkungen infolge Behinderungen seitens des Bewegungsapparates geht (Meyer / Reichmuth, a.a.O., Art. 28a N 231 m.H.a. Urteil BGer I 783/03 vom 18.8.2004). Damit lässt sich jedoch der Arbeitsfähigkeitseinschätzung von Dr. M.\_\_\_\_\_ in psychiatrischer Hinsicht keine Dr.med. L.\_\_\_\_\_ entgegenstehende Beurteilung entnehmen. Vielmehr bestätigte auch Dr. M.\_\_\_\_\_, dass für die psychische Prognose der behandelnde Psychiater zuständig sei. Damit stellt sich die Frage, ob die funktionellen Einschränkungen infolge Behinderungen des Bewegungsapparates bei der Beschwerdeführerin eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermögen, zumal auch Dr. M.\_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 17. Januar 2022 eine sowohl subjektive als auch objektive Verbesserung der körperlichen Symptome bestätigte (IV-act. 28-3/8). Des Weiteren beurteilte Dr. M.\_\_\_\_\_ die Prognose zur Eingliederung als eher schlecht aufgrund der Kombination der psychischen und somatischen Symptome. Gleichzeitig verwies er für die Diagnose lediglich auf Dr.med. L.\_\_\_\_\_.

**4.4** Die Beschwerdeführerin litt bereits im Jahr 2009 unter leichten "Dauertrümmelbeschwerden", mit welchen es ihr in der Folge dennoch möglich war, einer Arbeitstätigkeit nachzugehen nachdem der Lagerungsschwindel behandelt

werden konnte (vgl. IV-act. 36-7/13). Dr.med. G. \_\_\_\_\_ hielt damals fest, dass bei der Beschwerdeführerin verschiedene Faktoren (Migräne, Lagerungsschwindel und eine phobische Komponente) ihr labiles Gleichgewicht aus dem Ruder zu bringen vermöchten, weshalb er eine psychologisch-psychiatrische Beurteilung und Begleitung unterstütze. Diese Ausführungen wurden auch aktuell von Dr.med. N. \_\_\_\_\_ am 15. Juli 2022 bestätigt. Im November 2020 kam es - gemäss Beschwerdeführerin wie bereits 2003 und 2009 - wieder zu einer Verschlechterung. Nachdem sie eine psychiatrische Behandlung aufnahm und die phobische Komponente behandelt werden konnte, kam es indes schnell wieder zu einer Verbesserung. Wie gesagt kam es auch bei der Migräne wieder zu einer Verbesserung. Klinisch-neurologisch wurde die Beschwerdeführerin - bei vergleichbarer Symptomatik - bereits im September 2010 (wie auch schon im April 2003, vgl. vorstehende E. 3.1.2) als völlig unauffällig beurteilt, weshalb sich weitere Abklärungen hierzu (im Sinne der antizipierten Beweiswürdigung) erübrigen (vgl. IV-act. 36-12/13). Gemäss der ORL-Ärztin Dr.med. N. \_\_\_\_\_ zeigte die Untersuchung zwar eine leichte peripher-vestibuläre Unterfunktion, was wahrscheinlich Ende 2020 initial zum Beginn des Schwindels geführt habe. Normalerweise werde jedoch eine Unterfunktion des Gleichgewichtsorgans zentral sehr gut kompensiert, so dass die Patienten alles wieder tun könnten. Diese Unterfunktion wurde bereits 2003 festgestellt (vorstehende E. 3.1.1). Dr.med. N. \_\_\_\_\_ konnte somit weder einen Behandlungsbedarf erkennen, noch attestierte sie aufgrund ihrer Beurteilung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, was nachvollziehbar ist.

**4.5** Damit aber ist eine dauerhafte und gleichbleibende Arbeitsunfähigkeit von 100% seit dem 3. November 2020 bzw. 4. Januar 2021 bis auf weiteres - wie sie von Dr. M. \_\_\_\_\_ attestiert und lediglich mit den Schwindelattacken begründet wird - nicht nachvollziehbar. Dr. M. \_\_\_\_\_ begründet auch nicht weiter, dass der Schwindel durch Behinderungen seitens des Bewegungsapparates verursacht wird, abgesehen allenfalls durch die von ihm erwähnten Verspannungen in der HWS sowie der segmentalen Dysfunktion der oberen HWS, wobei er diese Symptome als gebessert beurteilte. Des Weiteren wurden auch diese Beschwerden bereits im Jahr 2005 als nicht invalidisierend beurteilt. Weitere Behandlungen dieser Beschwerden (wie beispielsweise Medikation, sollte die bisherige Therapie nicht genügend Linderung verschaffen) sind sodann nicht aktenkundig. Vielmehr hält Dr. M. \_\_\_\_\_ fest, dass Druck und Veränderung zur Akzentuierung der Symptomatik führen würden. Dabei handelt es sich indes nicht um eine somatische Befundung, weshalb insoweit wieder auf die psychiatrische Beurteilung zu verweisen ist. Der Bericht von Dr. M. \_\_\_\_\_ ist somit nicht geeignet, betreffend die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ab 1. Oktober 2021 auch

nur geringe Zweifel an der Beurteilung der RAD-Ärztin (welche gestützt auf die Aktenlage bereits ab 4. August 2021 von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgeht) zu erwecken.

**4.6** Eine Verschlechterung der Situation seit November 2022 - wie dies die Beschwerdeführerin geltend macht - lässt sich anhand der Akten nicht verifizieren und wird von der Beschwerdeführerin nicht weiter begründet. Im Gegenteil berichtete Dr. M. \_\_\_\_\_ gegenüber der Vorinstanz am 17. Januar 2022, dass bei Verbesserung des Zustandes ein Aktivierungsprogramm durch Physiotherapie vorgesehen sei (IV-act. 28-3/8). Gemäss Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 9. Januar 2023 (Rz. 32) geht die Beschwerdeführerin einmal im Monat zur Physiotherapie, was nach dem Gesagten eher für eine Verbesserung spricht. Soweit die Beschwerdeführerin replizierend von einer Blasenentzündung berichtet, so ist nicht ersichtlich, inwiefern eine behandelbare Blasenentzündung invalidisierend ist und an der Beurteilung der RAD-Ärztin Zweifel zu erwecken vermöchte. Sodann macht die Beschwerdeführerin nach wie vor nicht geltend, wieder in psychiatrischer Behandlung zu sein, um Angst, Druck und Stress behandeln zu lassen, was den Leidensdruck fraglich erscheinen lässt. Im Übrigen (betreffend spätere gesundheitliche Beeinträchtigungen) beschränkt sich der gerichtliche Überprüfungszeitraum grundsätzlich auf den Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (hier: Verfügung vom 2.12.2022) verwirklicht hat (vgl. Urteil BGer 8C\_503/2021 vom 18.11.2021 E. 4.1 mit Hinweisen, u.a. auf BGE 121 V 362 E. 1b; Urteile BGer 9C\_534/2018 vom 15.2.2019 E. 2.1 und 8C\_71/2017 vom 20.4.2017 E. 8.3).

**4.7** Unerheblich ist sodann das Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach die RAD-Ärztin weder Fachärztin für ORL, Psychiatrie oder Neurologie bzw. Chiropraktorin sei, noch die Beschwerdeführerin persönlich untersucht habe. Die RAD-Ärztin beurteilt die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode kann sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des BSV frei wählen (Art. 54a Abs. 2 IVG i.V.m. Art. 49 Abs. 1 IVV). Bei Bedarf können die RAD selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen (Art. 49 Abs. 2 IVV). Im konkreten Fall hat die RAD-Ärztin für ihre Beurteilung auf die Berichte des Psychiaters, Neurologen und Chiropraktors abgestellt. Aus den Akten ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin genügend abgeklärt wurde und sich daraus kein weiterer Untersuchungsbedarf ergab.

**4.8** Nach dem Gesagten kann der Stellungnahme der RAD-Ärztin vom 10. Oktober 2022 insoweit gefolgt werden, als bei der Beschwerdeführerin spätestens

seit 29. September 2021 eine volle Arbeitsfähigkeit angenommen werden kann. Zwar ist die RAD-Ärztin spätestens ab dem 4. August 2021 von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Dies ist angesichts des Arztberichts von Dr.med. L. \_\_\_\_\_ vom 26. September 2021, wonach die letzte Konsultation am 4. August 2021 erfolgte bzw. am 29. September 2021 (somit nach Berichtsdatum aber vor Eingang bei der Vorinstanz am 1.10.2021), nicht abwegig. Dennoch kann nicht gänzlich ausgeschlossen werden, dass auch die Konsultation vom 29. September 2021 im Bericht berücksichtigt wurde. Selbst wenn man jedoch von einer vollen Arbeitsfähigkeit erst ab 29. September 2021 ausginge, änderte dies am vorliegenden Ergebnis nichts. Auch wenn man im konkreten Fall von einem Beginn der Arbeitsunfähigkeit bereits im November 2020 ausgehen würde, so wäre die anhaltende Arbeitsunfähigkeit während der Dauer eines Jahres auch am 29. September 2021 noch nicht gegeben. Nicht nachvollziehbar - aber im konkreten Fall unerheblich - ist jedoch, weshalb die RAD-Ärztin anschliessend in ihrer Beurteilung vom 10. Oktober 2022 - u.a. aufgrund der nur noch monatlichen (statt zweiwöchentlichen) psychiatrischen Behandlung - von einer Teilarbeitsfähigkeit von 50% spätestens seit März 2021 ausging. Gemäss dem behandelnden Psychiater seien noch im April 2021 folgende Symptome nachweisbar gewesen: "Schwindel, Rückzugstendenz, Gefühl des Blockiertseins, wie in einem Käfig, antriebslos, Höhenangst, Verlustängste: Am Abend vor dem Einschlafen, Grübeln, panische Angst, dass nach dem Tod ihrer Mutter auch ihre Kinder versterben könnten. Sehr anlehnsbedürftig" (IV-act. 38-1/10). Dieselbe Symptomatik wurde im Bericht vom 26. September 2021 aufgeführt und erst zu diesem Zeitpunkt als gebessert beurteilt (IV-act. 26-3/6), was die RAD-Ärztin nicht berücksichtigte. Sodann bestätigte Dr.med. L. \_\_\_\_\_ im Bericht an die Taggeldversicherung vom 25. September 2021, dass die Situation beim letzten therapeutischen Termin am 17. Mai 2021 noch nicht stabil gewesen sei. Immerhin erscheint nachvollziehbar, dass der immer grösser werdende zeitliche Abstand der Behandlungen für eine schon vor August bzw. September 2021 erfolgte Besserung des Gesundheitszustandes spricht, was Dr.med. L. \_\_\_\_\_ auch bestätigte (vgl. vorstehende E. 3.2.2).

**4.9** Schliesslich berücksichtigte die RAD-Ärztin beim Belastungsprofil den Schweregrad des Schwindels und die schwindelauslösenden Umstände und führte aus, dass konkrete Arbeitsbedingungen und Gefährdungen wie Absturzgefahr (z. B. bei Arbeiten auf Dächern, Gerüsten, Leitern oder Podesten), Arbeiten, bei denen Körperteile von rotierenden Maschinenelementen erfasst werden können oder bei denen die Gefahr eines Sturzes in flüssigkeitsgefüllte Becken oder von stromführenden elektrischen Anlagen besteht, kontraindiziert sein könnten. Schnell laufende Motorenteile könnten bei gestörter Optokinetik zu Problemen

führen. Bei auch nur subjektiven Schwindelbeschwerden seien Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an das Gleichgewichtssystem (z. B. ungesicherte Gerüste/hohe Leitern oder Freileitungsmontagen) nicht zumutbar. Zusätzlich stelle sich die Frage der Eignung für das Führen eines betrieblichen Fahrzeuges wie eines Hubstaplers oder von gefährlichen Maschinen. Das Führen des Autos und Fahrradfahren sei der Beschwerdeführerin wieder möglich, sodass spätestens ab diesem Zeitpunkt nicht mehr von namhaften Einschränkungen durch Schwindel ausgegangen werden könne. Damit hat die Vorinstanz eine Restschwindelsymptomatik berücksichtigt. Diese vermag jedoch gemäss RAD-Ärztin und Vorinstanz die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht weiter einzuschränken, was nach dem Gesagten nachvollziehbar ist. Soweit die Beschwerdeführerin bestreitet, wieder Autofahren zu können, so widerspricht sie sich selbst, indem sie gleichzeitig ausführt, (wenn auch nur selten und kurze Strecken) wieder mit dem Auto gefahren zu sein.

**5.** Bei dieser Sachlage hat die Vorinstanz zu Recht auf die Beurteilung der RAD-Ärztin abgestellt und den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente (selbst befristet) verneint. Nachdem bereits eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit während der Dauer eines Jahres verneint werden muss, erübrigen sich weitere Äusserungen zur Erwerbstätigkeit bzw. Tätigkeit im Aufgabenbereich sowie zum Einkommensvergleich.

Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. Diesem Ergebnis entsprechend sind die Verfahrenskosten der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Eine Parteientschädigung fällt ausser Betracht.

## **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten (Gerichtsgebühr, Kanzleikosten und Barauslagen) werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Beschwerdeführerin auferlegt. Sie hat am 12. Januar 2023 einen Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 500.-- bezahlt, sodass die Rechnung ausgeglichen ist.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
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).  
  
Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde\* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
5. Zustellung an:
  - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
  - die Vorinstanz (R)
  - und das Bundesamt für Sozialversicherungen, 3003 Bern (A).

Schwyz, 15. Mai 2024

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

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

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Romansch 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: 5. Juni 2024