

Obergericht Appenzell Ausserrhoden

3. Abteilung

Urteil vom 11. Dezember 2018

Mitwirkende	Obergerichtsvizepräsident W. Kobler Oberrichter H.P. Fischer, Ch. Wild, Dr. F. Windisch, S. Ramseyer Obergerichtsschreiberin M. Epprecht
Verfahren Nr.	O3V 17 26
Sitzungsort	Trogen
Beschwerdeführerin	A ____ vertreten durch: RA AA____
Vorinstanz	IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden , Postfach 1047, 9102 Herisau
Gegenstand	Rente der Invalidenversicherung Beschwerde gegen die Verfügung der IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden vom 7. Juli 2017

Rechtsbegehren

a) der Beschwerdeführerin:

1. Es seien der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen, insbesondere mindestens eine Dreiviertelsrente seit 1. Januar 2014 auszurichten.
2. Eventualiter sei ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten der Fachbereiche Neurologie, Psychiatrie und Rheumatologie samt EFL einzuholen.
3. Subeventualiter seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen. Zu diesem Zweck sei über die Beschwerdeführerin ein neues, polydisziplinäres Gutachten einzuholen, wobei auch der Fachbereich Rheumatologie zu begutachten ist.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin.

b) der Vorinstanz:

Die Beschwerde sei abzuweisen.

Sachverhalt

- A.** Die am XX.XX.1982 geborene A___ meldete sich am 10. Juni 2013 wegen einer zervikalen Dystonie (Schiefhals) bei der IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden an (IV-act. 4). In der Folge klärte die IV-Stelle den medizinischen sowie den erwerblichen Sachverhalt ab – unter anderem holte sie ein Gutachten bei der IME (Interdisziplinäre Medizinische Expertisen, St. Gallen), Prof. Dr. med. B___, Facharzt Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, ein – und zog die Akten des Krankenversicherers bei (IV-act. 37, 38, 39, 50 und 58).
- B.** Mit Vorbescheid vom 13. Februar 2017 kündigte die IV-Stelle A___ an, es bestehe kein Rentenanspruch (IV-act. 101). Dagegen liess A___ am 15. März 2017 beziehungsweise 1. Mai 2017 Einwand erheben (IV-act. 102 und IV-act. 106). Die IV-Stelle hielt in der Verfügung vom 7. Juli 2017 an ihrem Vorbescheid fest und wies das Leistungsbegehren von A___ ab (IV-act. 108).
- C.** Gegen die Verfügung vom 7. Juli 2017 liess A___ am 11. September 2017 mit den eingangs erwähnten Anträgen Beschwerde beim Obergericht des Kantons Appenzell Ausserrhoden erheben (act. 1).

- D. Die IV-Stelle beantragte mit Vernehmlassung vom 9. Oktober 2017 die Abweisung der Beschwerde (act. 6).
- E. Mit Schreiben vom 16. Oktober 2017 verzichtete A___ auf eine Replik (act. 9).
- F. Mit Beschluss vom 13. Februar 2018 holte das Obergericht bei Prof. Dr. med. B___ eine Ergänzung seines Gutachtens vom 14. Januar 2017 ein (act. 10). Am 6. März 2018 reichte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin eine Ergänzungsfrage zur Beantwortung durch Prof. Dr. med. B___ ein (act. 15).
- G. Am 15. Juni 2018 erstattete Prof. Dr. med. B___ dem Obergericht das Ergänzungsgutachten (act. 18).
- H. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin reichte mit Eingabe vom 4. Juli 2018 eine Stellungnahme zum Ergänzungsgutachten ein (act. 21). Die Vorinstanz verzichtete stillschweigend auf eine Vernehmlassung.
- I. Mit Urteil vom 11. Dezember 2018 wurde die Beschwerde durch das Obergericht abgewiesen (act. 23).

Erwägungen

1. Formelles

Gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b des Justizgesetzes vom 13. September 2010 (JG, bGS 145.31) beurteilt das Obergericht als kantonales Versicherungsgericht Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherungen. Die örtliche Zuständigkeit ist nach Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) gegeben.

Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der weiteren Prozessvoraussetzungen ergibt, dass diese sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung als auch hinsichtlich der Form- und Fristenfordernisse erfüllt sind (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 59, Art. 60 Abs. 1 und Art. 61 lit. b ATSG sowie Art. 54, Art. 56 und Art. 59 des Gesetzes vom 9. September 2002 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG, bGS 143.1)).

Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

2. Materielles

Zwischen den Parteien umstritten und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

2.1

Nach Art. 8 Abs. 1 ATSG ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Die Invalidität kann nach Art. 4 Abs. 1 IVG Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. 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).

2.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die unter anderem während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht ein Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

2.3

Nach dem im Sozialversicherungsverfahren geltenden Untersuchungsgrundsatz ist der rechtserhebliche Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, und zwar richtig und vollständig (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG; BGE 136 V 376 E. 4.1.1).

2.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe der Ärztin oder des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 E. 4).

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1).

Gemäss früherem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung auf die materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgebenden Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (Urteil des Bundesgerichts 8C_329/2018 vom 7. September 2018 E. 5.2.3.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 8).

2.5

Die IV-Stelle vertrat die Ansicht, es sei eine umfassende Abklärung vorgenommen worden und es sei kein polydisziplinäres Gutachten notwendig. Der Entscheid über die Gutachtensart obliege dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD). Der bidisziplinären Begutachtung durch Prof. Dr. med. B___ komme voller Beweiswert zu und im Übrigen sei die Beschwerdeführerin auf ihre Schadenminderungspflicht hinzuweisen.

Die Beschwerdeführerin stellt sich im Wesentlichen auf den Standpunkt, die IV-Stelle habe den Untersuchungsgrundsatz und die Anforderungen an eine administrative Erstbegutachtung verletzt. Es bestehe auch rheumatologischer Abklärungsbedarf, weshalb

ein polydisziplinäres Gutachten hätte eingeholt werden müssen. Das bidisziplinäre Gutachten von Prof. Dr. med. B___ sei nicht beweiskräftig, inhaltlich stark mangelhaft, beantworte den Fragenkatalog nicht, sei nicht beweistauglich, nicht plausibel und nachvollziehbar, ohne Begründung zu divergierenden Ansichten und es finde keine Auseinandersetzung und Würdigung des AEH-Gutachtens, des RAD-Untersuchs durch Dr. med. E___ sowie der Angaben des RAD-Arztes Dr. med. C___, Facharzt Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, und des IV-Arztes Dr. med. D___ statt. In der Stellungnahme zum Ergänzungsgutachten von Prof. Dr. med. B___ liess die Beschwerdeführerin ausführen, eine wesentliche Verbesserung sei durch die Botoxtherapie nicht dokumentiert worden und der Gutachter überschreite seine Kompetenz, indem er eine rechtliche Würdigung vornehme und ihr implizit eine Verletzung der Schadenminderungspflicht vorwerfe. In Bezug auf die anderslautende Beurteilung durch Dr. med. E___ habe der Gutachter erneut aktenwidrig Tatsachen verdreht und die Ansicht des RAD-Arztes zur Wirksamkeit der Botox-Behandlung nicht wiedergegeben. Der Bericht des Vereins Mensch – Natur, Herisau, sei nicht gutachterlich berücksichtigt und gewürdigt worden, insbesondere bezüglich des gescheiterten Eingliederungsversuchs. Ferner habe der Gutachter immer noch unbeantwortet gelassen, weshalb im Bericht der Haushaltsabklärung Einschränkungen aus medizinischer Sicht als plausibel beurteilt worden seien, aber im Erwerb keine Einschränkung vorliegen solle. Im Übrigen äussere sich der Gutachter hinsichtlich der Rüge der ungenügenden Auseinandersetzung mit den Standardindikatoren nicht. Das Gutachten sei vor der Änderung der Rechtsprechung verfasst worden, womit es der neuen Rechtsprechung nicht genüge. Auf das mangelhafte Gutachten von Prof. Dr. med. B___ dürfe nicht abgestellt werden, es sei nicht neutral formuliert und enthalte tatsachenwidrige Behauptungen und Unterstellungen.

2.6

Aus den Akten geht im Wesentlichen der folgende medizinische Sachverhalt hervor:

2.6.1

Dr. med. F___, Facharzt FMH Neurologie, Klinik für Neurologie, Kantonsspital St. Gallen, stellte im Bericht vom 28. Januar 2013 die Diagnose wahrscheinlich primäre zervikale Dystonie mit Torticollis nach rechts und leichtem Retrocollis (ICD-10: G24.2), wobei die Erstsymptomatik ca. im Oktober 2012 aufgetreten sei. Er habe aufgrund des sehr starken Leidensdrucks gleich mit Botox behandelt (IV-act. 15-7/8). Am 19. April 2013 fand eine erneute Botox-Behandlung statt (IV-act. 15-6/8).

2.6.2

Im Bericht vom 5. Juni 2013 führte Dr. med. F___ aus, bis dato sei das Ansprechen auf Botox noch unbefriedigend (IV-act. 37-8/23).

2.6.3

Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. G___, Facharzt FMH Allgemeine Innere Medizin, Urnäsch, stellte im Arztbericht vom 1. Juli 2013 ebenfalls die Diagnose zervikale Dystonie mit Tortikollis nach rechts. Weiter führte er aus, dass die objektive Beurteilung schwer falle. Eigentlich wäre aus seiner Sicht vermutlich ein kleines Teilzeitpensum (z.B. 2 Stunden/Tag) zumutbar, jedoch spreche sich der Botoxspezialist dagegen aus (IV-act. 15-3f/8).

2.6.4

Dr. med. H___, Fachärztin Neurologie, Neuropraxis Herisau, diagnostizierte im Arztbericht vom Juli 2013 eine cervicale Dystonie rechts seit ca. Herbst 2012. Sie erklärte, dass unter der laufenden Behandlung mit Botulinumtoxin die Prognose als sehr gut anzusehen sei und unter adäquater Behandlung im Verlauf nicht mit einer wesentlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei (IV-act. 19-1ff./6).

2.6.5

Im Arztbericht vom 3. Juli 2013 erklärte Dr. med. F___, dass die Beschwerdeführerin aktuell weder in der bisherigen noch in einer adaptierten Tätigkeit arbeiten könne. In der Regel sei mit einem Effekt der Botoxtherapie zu rechnen. Eine cervicale Dystonie könne durchschnittlich etwa 70% mit Botox verbessert werden. Derzeit sei dieser Effekt noch ausgeblieben, sollte er jedoch eintreten, sei mit einer mindestens prozentualen Wiedererreichung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen (IV-act. 16-1ff/6).

2.6.6

Dr. med. F___ berichtete am 27. August 2013, dass die Beschwerdeführerin nach der letzten Botox-Injektion mit deutlich erhöhter Dosierung erstmals merklich davon profitiert habe. Die Dystonie nehme nach der Beschwerdeführerin merklich ab (IV-act. 37-11/23).

2.6.7

Dr. med. G___ berichtete am 16. September 2013, dass ein schleppender Heilungsverlauf bestehe und ein verzögertes Ansprechen auf die Botox-Infiltrationen. Ein erster deutlich spürbarer Heilungserfolg habe sich erst nach der letzten Botox-Injektion im Juli 2013 eingestellt. Die Beschwerdeführerin sei weiterhin 100% arbeitsunfähig (IV-act. 37-9f./23).

2.6.8

Dr. med. J____, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Departement Innere Medizin, Kantonsspital St. Gallen, diagnostizierte im Bericht vom 23. September 2013 nebst der cervikalen Dystonie eine depressive Episode, aktuell schwergradig (ICD-10: F32.2) und empfahl eine entsprechende Behandlung (IV-act. 25-7f/8).

2.6.9

Dr. med. F____ berichtete am 1. Oktober 2013, dass die Beschwerdeführerin von einem deutlichen Ansprechen ohne Nebenwirkungen berichte (IV-act. 37-18/23).

2.6.10

Im Verlaufsbericht vom 12. November 2013 berichtete Dr. med. F____ über einen im Vergleich zum Juni 2013 positiven Verlauf. Bezüglich der Motorik habe die Erhöhung der Botoxdosis zu einer Verbesserung geführt, so dass er einer Wiederaufnahme der Arbeitsfähigkeit (Teilzeit) in den nächsten Monaten nicht ausschliessen könne. Er werde der Beschwerdeführerin vorschlagen, auf 1. Januar 2015 50% arbeiten zu gehen. Er denke, dass mit einer polydisziplinären Behandlung (Neurologie, Psychiatrie, Physiotherapie) eine Wiedererlangung mindestens einer Teilarbeitsfähigkeit erreicht werden könne (IV-act. 37-15/23).

2.6.11

Dr. med. K____, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. L____, Herisau, diagnostizierten im Bericht vom 18. März 2014 eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt (ICD-10: F43.21) bei cervikaler Dystonie (IV-act. 34).

2.6.12

Im Bericht vom 28. März 2014 über die psychiatrisch-psychopathologische und verhaltensneurologische, neuro- und leistungspsychologische Untersuchung vom 21. Februar 2014 führten Dr. med. M____, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. N____, Fachärztin Neurologie, Zürich, aus, im weiteren Zeitverlauf sei nach Einberäumung einer adäquaten Übergangsfrist, medizinisch-theoretisch von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Zumutbarkeit), sozial-praktisch, bei ungekündigten Berufsverhältnissen, eine initial 50%-ige Arbeitsfähigkeit im Sinne einer Adaptionsphase mit gradueller Leistungssteigerung (IV-act. 39-7/12).

2.6.13

Im Arztbericht des Psychiatrischen Zentrums Appenzell Ausserrhoden vom 31. März 2014 wurde eine idiopathische nicht familiäre Dystonie (ICD-10: F24.2) sowie eine mittelgradige

depressive Episode (ICD-10: F32.1) diagnostiziert. Aufgrund von lediglich zwei stattgefundenen Konsultationen könne keine Prognose gestellt werden, der Beschwerdeführerin sei jedoch mangels Willen, eine stationäre psychiatrische Behandlung durchzuführen, eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit regelmässigen Konsultationen empfohlen worden (IV-act. 36).

2.6.14

Im Gutachten des Zentrums für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene AG, AEH, Zürich, vom 7. April 2014 zuhanden des Krankenversicherers der Beschwerdeführerin wurde ausgeführt, dass die bisherige Tätigkeit in der Kosmetikfirma derzeit nicht zumutbar sei (100%-ige Arbeitsunfähigkeit). Aus psychiatrischer Sicht bestehe derzeit eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit. Diese lasse sich im weiteren Verlauf jedoch reduzieren, so dass von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne (IV-act. 38-5/20). In einer angepassten Tätigkeit, für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit einer Präsenz von fünf Stunden und einer Stunde vermehrter Pausen, verteilt über diese fünf Stunden, bei der alternierend die rechte oder die linke Hand verwendet werden könne, für kurze Sequenzen, ca. 2-3 Minuten, beide Hände zum Einsatz kommen, z.B. Etikettieren von Gegenständen, sei die Beschwerdeführerin als arbeitsfähig zu erachten (50%-ige Arbeitsfähigkeit bei fünf Stunden Präsenzzeit). Interdisziplinär bestehe somit derzeit eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 38-6/20).

2.6.15

Dr. med. O___, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, erklärte im RAD-Bericht, das Gutachten des AEH sei nachvollziehbar und plausibel, mit Ausnahme der somatisch dominierten Prognose. Es sei hier zu berücksichtigen, dass bei der somatischen Untersuchung die letzte Botox-Injektion bereits 2 Monate zurückgelegen habe und die definitive Dosierung noch nicht ausgetestet worden sei. Dies bedeute, dass noch von weiteren Verbesserungen der Dystonie auszugehen sei und dadurch zu erwartenden Steigerungen der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 40-4/5). Es bestehe ein Eingliederungspotential von 50% auf dem ersten Arbeitsmarkt bei fünf Stunden Präsenz und einer Stunde zusätzlicher Pausen mit gradueller Steigerung auf das Wunschpensum von 50-60%. Eine adaptierte Tätigkeit bestehe ohne notwendige starke Rotation im Nacken, keine häufigen Arbeiten über Schulterhöhe oder vorgeneigt im Stehen beziehungsweise Sitzen oder im Knien. Empfehlenswert sei die Möglichkeit einer regelmässigen Entlastung des Nackens (IV-act. 40-5/5)

2.6.16

Dr. med. E___ führte im ärztlichen Bericht der RAD-Abklärung vom 28. Mai 2014 zur Frage der beruflichen Eingliederungsfähigkeit aus, im rheumatologischen Befund seien die Halswirbelsäule und die rechte Schulter auffällig. Es liege ein deutlicher muskulärer Hartspann mit Verbackung der myogelotischen Muskulatur die gesamte rechte Schulter und den Nackenbereich umgreifend vor (IV-act. 43-4/17). Er diagnostizierte eine zervikale Dystonie (ICD-10: G24.3) und eine schwere Depression (ICD-10: F32.2). Es liege in der angestammten Tätigkeit, welche adaptiert sei, eine 60%-ige Arbeitsunfähigkeit vor und im Haushalt eine 10%-ige Leistungseinschränkung. Derzeit sei aufgrund der schweren Depression keine Arbeitstätigkeit zumutbar (IV-act. 43-5ff/17).

2.6.17

Im Bericht von Dr. med. K___ und lic. phil. L___ vom 18. Februar 2015 wurde bei gleichbleibender Diagnose von einem verbesserten Gesundheitszustand ausgegangen. Die Arbeitsfähigkeit sei jedoch seit Beginn der Therapie am 20. Januar 2014 nicht gegeben. Es werde ein stationärer Neurorehabilitationsaufenthalt empfohlen (IV-act. 52).

2.6.18

Die RAD-Ärztin Dr. med. O___ führte am 15. April 2015 aus, es liege ein instabiler Gesundheitszustand vor. Nach einer erfolgten Rehabilitation seien weitere medizinische Abklärungen angezeigt, die aktuelle Arbeitsfähigkeit könne nicht abschliessend beurteilt werden (act. 53-4/4).

2.6.19

Gemäss Bericht über die Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt vom 25. Juli 2016 liegt im Haushaltbereich eine Behinderung von 20.75 % vor (IV-act. 85).

2.6.20

Dr. med. K___ und lic. phil. L___ gingen im Bericht vom September 2016 von einem verbesserten Gesundheitszustand seit 16. Februar 2015 aus. Zudem erachteten sie die Kriterien einer Anpassungsstörung als nicht mehr erfüllt. Sie berichteten, dass Ende Mai 2015 die Therapie bei völliger Beschwerdefreiheit habe beendet werden können, die Beschwerdeführerin jedoch Anfang 2016 erneut psychotherapeutische Hilfe gesucht habe. Ende Juni 2016 sei die Therapie bei uneingeschränkter Beweglichkeit und bei Wohnortwechsel abgeschlossen worden (IV-act. 88).

2.6.21

Im bidisziplinären Gutachten vom 14. Januar 2017 kam Prof. Dr. med. B___ zusammenfassend zum Ergebnis, dass aus neurologischer Sicht keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestände. Jedoch seien qualitative Einschränkungen zu benennen, indem Arbeiten mit Zwangshaltungen der Halswirbelsäule oder vermehrten Kopfwendungen sowie Tätigkeiten mit Inklinaton nicht leidensgerecht seien. Aus psychiatrischer Sicht sei in zuletzt ausgeübter und adaptierter Tätigkeit seit Antragstellung und anhaltend von keiner Arbeitsunfähigkeit auszugehen (IV-act. 99-3/109). Im psychiatrischen Fachgutachten verneinte er eine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 99-33/109). Im neurologischen Fachgutachten stellte er als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einen Torticollis und Retrocollis rechts (ICD-10: G24.2) (IV-act. 99-107/109).

2.6.22

Die RAD-Ärztin Dr. med. O___ gab im RAD-Bericht vom 27. Januar 2017 an, es sei auf das Gutachten abzustellen (IV-act. 100-3/3).

2.6.23

Im Ergänzungsgutachten vom 15. Juni 2018 führte Prof. Dr. med. B___ aus, es beständen keine Divergenzen in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zwischen seinen Ergebnissen und jenen der Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL). Der zusätzlichen Pausenregelung könne er gegebenenfalls beipflichten, wenn die Arbeit nicht voll leidensadaptiert sei (act. 18/ Antwort zu Frage 1). Den ärztlichen Bericht von Dr. med. E___ betreffend RAD-Abklärung vom 28. Mai 2014 habe er im neurologischen Gutachten zitiert, jedoch sich damit nicht vertieft auseinandergesetzt, da keine neuen richtungsweisenden Erkenntnisse darin enthalten seien (act. 18/Antwort zu Frage 2). Auch den Bericht des Vereins Mensch und Natur habe er berücksichtigt, jedoch nicht diskutiert, da jene keine neurologisch relevanten Informationen enthielten (act. 18/Antwort zu Frage 3). Zum Haushaltsabklärungsbericht habe er sich im Gutachten ebenfalls geäußert (act. 18/Antwort zu Frage 4).

2.7

Nicht bestritten ist, dass die Beschwerdeführerin an einer zervikalen Dystonie (Schiefhals) leidet.

2.7.1

Soweit die Beschwerdeführerin geltend machen lässt, die Auswahl der Fachdisziplinen sei nicht sachgerecht erfolgt, ist darauf hinzuweisen, dass in begründeten Fällen eine mono- oder bidisziplinäre Begutachtung durchgeführt werden kann, sofern die medizinische Situation offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlägt (BGE 139 V 349 E. 3.2). Dabei ist für die Auswahl der Fachdisziplinen bei polydisziplinären Gutachten die Gutachterstelle abschliessend zuständig unter Berücksichtigung der von der IV-Stelle gewählten Fachdisziplinen. Den Gutachtern muss es also freistehen, die von der IV-Stelle beziehungsweise dem RAD – oder im Beschwerdefall durch ein Gericht – bezeichneten Disziplinen gegenüber der Auftraggeberin zur Diskussion zu stellen, wenn ihnen die Vorgaben nicht einsichtig sind. Unter diesem Vorbehalt steht insbesondere auch eine vorgängige Verständigung zwischen IV-Stelle und versicherter Person über die Fachdisziplinen. Eine erneute Mitwirkung der versicherten Person in diesem Punkt ist alsdann ausgeschlossen. Diese Überlegungen treffen grundsätzlich auch mit Bezug auf bidisziplinäre Expertisen zu (BGE 139 V 349 E. 3.3, E. 4, E. 5.1, E. 5.2.2.2 und E. 5.4 mit Hinweis auf BGE 137 V 210).

Vorliegend wurde der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 7. November 2016 mitgeteilt, dass durch den Gutachter Prof. Dr. med. B___ Abklärungen in den Fachdisziplinen Neurologie und Psychiatrie geplant seien (IV-act. 96). Somit wurde die Beschwerdeführerin formell korrekt über die vorgesehenen Fachdisziplinen, die Art des Gutachtens – bidisziplinär – und die Person des Gutachters informiert. Die Beschwerdeführerin verzichtete in der Folge – trotz eines Hinweises in der Mitteilung auf die Möglichkeit des Vorbringens von Einwendungen – auf Einwendungen gegen das geplante Vorgehen. Sie verzichtete dannzumal auch darauf, ihre Rechtsschutzversicherung einzuschalten. Erst nachdem die Beschwerdeführerin den Vorbescheid vom 13. Februar 2017 erhielt, schaltete sich ihre Rechtsschutzversicherung ein (IV-act. 101 und act. 102). Diese kritisierte im Einwand vom 1. Mai 2017 aber weder das Gutachten, noch die Art des Gutachtens oder die Auswahl der Disziplinen (IV-act. 106).

Der Rüge einer fehlenden rheumatologischen Begutachtung ist sodann entgegenzuhalten, dass die Beschwerdeführerin nach Auftreten ihrer Beschwerden durchgängig neurologisch und psychiatrisch behandelt worden war. Gemäss den vorliegenden Akten wurde von den involvierten behandelnden Fachärzten weder ein orthopädisches Symptom noch eine entsprechende Diagnose festgestellt, welche nach deren Ansicht den Beizug eines Rheumatologen erforderlich gemacht hätte. Insofern bestand offensichtlich keine Notwendigkeit für eine rheumatologische Begutachtung beziehungsweise die Ausdehnung

der Begutachtung auf eine weitere Fachdisziplin und damit auf eine polydisziplinäre Begutachtung.

Zusammenfassend waren somit entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin die Voraussetzungen für eine bidisziplinäre Begutachtung gegeben.

2.7.2

Die Kritik der Beschwerdeführerin am bidisziplinären Gutachten von Prof. Dr. med. B____ vom 14. Januar 2017 und dessen Ergänzung vom 15. Juni 2018 überzeugt nicht.

Soweit dem Gutachter eine mangelnde Auseinandersetzung und Würdigung des AEH-Gutachtens sowie der EFL vorgeworfen wird, geht diese Rüge fehl. Gemäss den medizinischen Akten fand am 1. Oktober 2013 bei Dr. med. F____ erneut eine – letztmalige – Botox-Behandlung statt (IV-act. 37-18/23). Am 10./11. März 2014 wurde die Beschwerdeführerin mittels Funktionsorientierter Medizinischer Abklärung, welche unter anderem auch ein EFL umfasste, für das AEH-Gutachten untersucht (IV-act. 38-2/20). Der Hinweis des Gutachters, dass die EFL nach der letzten Botox-Behandlung stattgefunden habe und aufgrund der auf durchschnittlich 10 – 14 Wochen beschränkten Wirksamkeit der Botox-Behandlung mit einem Wiederauftreten der Symptome zu rechnen gewesen sei, ist daher nachvollziehbar. Nach dem Arztbericht vom Juli 2013 von Dr. med. H____ fingen die Beschwerden ca. im Herbst 2012 an, wobei sie erklärte, dass unter der laufenden Behandlung mit Botulinumtoxin die Prognose als sehr gut anzusehen und unter adäquater Behandlung im Verlauf nicht mit einer wesentlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei (IV-act. 19-1ff./6). Die Botoxbehandlung wurde gemäss Dr. med. F____ am 25. Januar 2013 aufgenommen (IV-act. 15-7/8). Am 5. Juni 2013 gab Dr. med. F____ gegenüber dem Krankenversicherer der Beschwerdeführerin an, dass, sollte die Dystonie wie im üblichen Rahmen bekannt auf die Botox-Behandlung ansprechen, mit einer mindestens teilweisen Wiederaufnahme der Arbeit zu rechnen sei (IV-act. 37-8/23). Der Hausarzt der Beschwerdeführerin erachtete bereits im Juli 2013 ein kleines Teilzeitpensum als zumutbar, verwies aber auf den Spezialisten aus der Botox-Sprechstunde, welcher sich vorläufig gegen einen Arbeitsversuch ausspreche (IV-act: 15-4/8). Dr. med. F____ war im Arztbericht vom 3. Juli 2013 der Ansicht, dass die Beschwerdeführerin aktuell – auch in adaptierter Tätigkeit – nicht in der Lage sei, zu arbeiten. In der Regel sei mit einem Effekt der Botoxtherapie zu rechnen. Eine cervikale Dystonie könne durchschnittlich mit Botox etwa 70% verbessert werden. Falls der Effekt eintrete, sei mit einer mindestens prozentualen Wiedererreichung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen (IV-act. 16-3/6). Im August 2013 meldete Dr. F____, dass die Beschwerdeführerin nach der letzten Botox-Injektion mit deutlich erhöhter Dosierung erstmals merklich davon profitiert habe. Die Dystonie nehme

sehr merklich ab (IV-act. 37-16/23). Im November 2013 gab Dr. med. F___ im Verlaufsbericht an, der Verlauf sei im Vergleich zum Juni 2013 als positiv zu bewerten. Die Erhöhung der Botoxdosis habe zu einer Verbesserung geführt, so dass eine Wiederaufnahme der Arbeitsfähigkeit (Teilzeit) in den nächsten Monaten nicht auszuschliessen sei (IV-act. 37-15/23). Somit war von Seiten der behandelnden Fachärzte unbestritten, dass eine Botoxbehandlung die für das vorliegende Leiden adäquate Behandlung ist und dass bei der Beschwerdeführerin dadurch eine Verbesserung eingetreten war. Die Aussage des Gutachters Prof. Dr. med. B___, wonach das neurologische Störungsbild (aktuell) unbehandelt sei, nachdem die Beschwerdeführerin im Herbst 2013 die Botox-Behandlung abgebrochen habe, erscheint somit zutreffend (IV-act. 99-3/109). Auch die gutachterliche Bemerkung im Ergänzungsgutachten, dass aufgrund des Aktenmaterials die Beschwerdeführerin von der Botox-Behandlung profitierte, sie diese ohne nachvollziehbare medizinische Gründe abbrach und sie zur Wiederaufnahme der Behandlung verpflichtet werden sollte, erscheint vor diesem Hintergrund nicht als Kompetenzüberschreitung (act. 18). Bereits in der Zusammenfassung des Gutachtens führte Prof. Dr. med. B___ aus, dass die Folgen der Bewegungsstörung durch eine Botox-Spritzen-Behandlung deutlich zu mindern und diese Behandlung der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht zumutbar sei. Aus neurologischer Sicht spreche nichts gegen die Auferlegung von Massnahmen im Sinne einer Schadenminderungspflicht (IV-act. 99-3/109). Zutreffend ist, dass die EFL-Untersuchung im März 2014 stattfand und der Gutachter keine davon abweichende Einschätzung vornahm, sondern die Übereinstimmung damit erklärte, dass durch den Abbruch der Botox-Therapie im Herbst 2013 mit einem Wiederauftreten der Symptome zu rechnen war, da die Wirkung von Botox durchschnittlich ca. 10 – 14 Wochen anhalte (act. 18). Insofern berücksichtigte der Gutachter in seiner Einschätzung die unbestrittenermassen zeitlich begrenzte Wirksamkeit der Botox-Injektionen. Gemäss den medizinischen Akten liess sich die Beschwerdeführerin von Ende Januar 2013 bis Anfang Oktober 2013 mit Botox behandeln, somit effektiv rund acht Monate (IV-act. 15-7/8 und IV-act. 37-18/23). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin lässt sich den Akten nicht entnehmen, dass die Botox-Therapie abgebrochen wurde, weil sich die gewünschte Wirkung langfristig nicht einstellte beziehungsweise weil die langfristige Wirksamkeit nachliess. Vielmehr beendigte sie diese Therapie im Herbst 2013 – gemäss der Beschwerdeführerin aufgrund von Missstimmungen unter den behandelnden Ärzten und damit einhergehendem Vertrauensverlust (IV-act. 99-17/109) – und verunmöglichte dadurch, dass die langfristige Wirksamkeit der Therapie beziehungsweise deren Erfolg sich zeigen beziehungsweise evaluiert werden konnte.

Der Rüge der Beschwerdeführerin, der Gutachter habe sich nicht mit der anderslautenden Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. E___ auseinandergesetzt, geht insoweit fehl, als die

RAD-Abklärung durch Dr. med. E___ im neurologischen Fachgutachten von Prof. Dr. med. B___ zitiert wird. Im RAD-Abklärungsbericht zur Frage der beruflichen Eingliederungsfähigkeit wurde von Dr. med. E___ eine zervikale Dystonie sowie eine schwere Depression diagnostiziert (IV-act. 43-5/17). Erstere Diagnose ist unbestritten und letztere Diagnose wurde vom Gutachter aufgrund einer Auseinandersetzung mit den Berichten der damals behandelnden psychiatrischen Fachärzte nachvollziehbar und schlüssig begründet als momentan remittiert erachtet (IV-act. 99-31/109). Dr. med. E___ führte im Bericht, der auf einer Abklärung vom 28. Mai 2014 beruht, aus, die Dystonie werde nervenärztlich korrekt behandelt, die Botulinumtoxin-Injektionen brächten kurzfristig eine Erleichterung, nicht jedoch eine durchschlagende Besserung (IV-act. 43-5/17). Jedoch wird nicht von ihm dargelegt, dass die Beschwerdeführerin die Botox-Behandlung im Herbst 2013 nach rund acht Monaten beendete und sein Bericht mithin auf einer Untersuchung beruht, die rund acht Monate nach der letzten Botox-Behandlung stattgefunden hat. Er geht auch lediglich auf die Skepsis der Beschwerdeführerin mit der Botox-Therapie ein, nicht jedoch auf die Beurteilung des behandelnden Spezialisten Dr. med. F___ vom November 2013, der den Verlauf im Vergleich zum Juni 2013 als positiv bewertete, eine verbesserte Motorik aufgrund der Erhöhung der Botoxdosis feststellte und in Aussicht stellte, der Beschwerdeführerin auf 1. Januar 2014 – mithin rund fünf Monate vor der RAD-Abklärung – die Aufnahme einer 50%-igen Erwerbstätigkeit vorzuschlagen (IV-act. 43-1/17 und 37-15/23). Insofern kann keinesfalls von einer aktenwidrigen Tatsachenverdrehung durch den Gutachter die Rede sein. Vielmehr stellt sich die Frage, ob der RAD-Arzt, welcher sich in seinem Bericht zur Frage der beruflichen Eingliederungsfähigkeit zu äussern hatte, seine Beurteilung gestützt auf sämtliche damals vorhandenen Akten stützte. Zudem erscheint es nachvollziehbar, dass Prof. Dr. med. B___ sich im Gutachten mangels neuer richtungsweisender Erkenntnisse durch den Abklärungsbericht nicht vertieft damit auseinandergesetzt hat.

Die Beschwerdeführerin kritisiert weiter, dass der Bericht des Vereins Mensch & Natur beziehungsweise die Tatsache des gescheiterten Eingliederungsversuchs nicht gutachterlich gewürdigt worden sei. Im Gutachten von Prof. Dr. med. B___ wurde im neurologischen Fachgutachten der erwähnte Bericht zitiert (IV-act. 99-83ff/109). Aufgrund der dem Arzt obliegenden Aufgabe, den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person zu beurteilen, sind grundsätzlich vor allem jene Berichte für ihn relevant, welche ärztliche Erkenntnisse enthalten, mit denen er sich gutachterlich auseinandersetzen kann (vgl. BGE 132 V 99 E. 4). Berichte, welche lediglich die subjektiven Angaben der zu begutachtenden Person zu ihren Beschwerden enthalten, wie es vorliegend im erwähnten Bericht der Fall ist, können in Bezug auf die verwertbaren medizinischen Informationen für den Gutachter allenfalls ohne Belang sein. Insofern

erscheint das gescheiterte Aufbautraining, welches auch auf Drängen der Beschwerdeführerin und unter Hinweis auf ihre subjektiv empfundenen Beschwerden als gescheitert erklärt worden war, vorliegend ohne weitere Relevanz (IV-act. 79).

Der Gutachter nahm im neurologischen Fachgutachten insofern Bezug auf die Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt vom 25. Juli 2016, als er die Einschränkungen im Haushalt als minim bezeichnete und als Referenzgrösse das im Abklärungsbericht Haushalt festgelegte Handicap heranzog (IV-act. 99-108/109). Gemäss Bericht besteht im Bereich Ernährung eine Behinderung von 8.75%, im Bereich Wohnungspflege eine Behinderung von 10%, im Bereich Wäsche- und Kleiderpflege eine Behinderung von 2%, somit ein Total der Behinderung von 20.75%. Dies führt im Haushaltsbereich zu einem IV-Grad von 8.3% (IV-act. 85). Der Rüge der Beschwerdeführerin, es sei nicht plausibel, dass im grundsätzlich frei einteilbaren Haushalt eine Einschränkung ermittelt worden sei, wohingegen im Erwerb keine quantitativen Einschränkungen gegeben sein soll, ist entgegenzuhalten, dass im Zusammenhang mit den Einschränkungen im Haushalt ausschlaggebend ist, wie sich der Gesundheitsschaden in der nichterwerblichen Betätigung konkret auswirkt (Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2011 vom 31. März 2011 E. 3.1.1). Im Erwerbsbereich hingegen wird unter Umständen auf einen auf die Beschwerden der versicherten Person adaptierten Arbeitsplatz abgestellt.

Schliesslich gehen auch die Rügen der Beschwerdeführerin hinsichtlich der ungenügenden Auseinandersetzung mit den Standardindikatoren sowie der nicht berücksichtigten neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung fehl. Zwar trifft es zu, dass das Gutachten von Prof. Dr. med. B___ auf der Untersuchung vom 6. Januar 2017 basiert und demnach vor der Änderung der Rechtsprechung hinsichtlich psychischer Erkrankungen – BGE 143 V 409 und BGE 143 V 418 – erging (IV-act. 99-1/109). Es ist auch korrekt, dass der Gutachter im psychiatrischen Fachgutachten auf die – inzwischen geänderte – Rechtsprechung zu Anpassungsstörungen und depressiven Episoden verweist (IV-act. 99-33/109). Allerdings macht er dies am Ende seiner ausführlichen zusammenfassenden Beurteilung, in welcher er vorgängig nach Diskussion und Auseinandersetzung mit den Diagnosen depressive Episode und Anpassungsstörung feststellte, dass aktuell bei der Beschwerdeführerin von keinem IV-relevanten Gesundheitsschaden auszugehen sei (IV-act. 99-29/109). Gleichsam als Hinzufügung bringt er vor, dass gemäss IV-Rechtsprechung zudem Anpassungsstörungen und depressiven Episoden keine invalidisierende Wirkung mehr zukomme (IV-act. 99-33/109). Dieser Zusatz ist als zusätzliche Betonung seiner vorgängigen Ausführungen zu den Diagnosen aufzufassen und keinesfalls so auszulegen, dass er gestützt auf diese Rechtsprechung zu seiner Auffassung des fehlenden IV-

relevanten Gesundheitsschaden gelangt. Vorgängig beschreibt er die bisherige und aktuelle persönliche Situation (IV-act 90-27/109), nimmt Stellung zu den bisherigen psychiatrischen Einschätzungen (IV-act 90-27ff./109), überprüft den Indikator „Konsistenz“ und „sozialer Komplex“ (Indikator zur Kategorie „funktioneller Schweregrad“), den Komplex „Persönlichkeit (Indikator zur Kategorie „funktioneller Schweregrad“) sowie Diagnosen, Behandlung und Eingliederung (Komplex „Gesundheitsschädigung“ im Rahmen der Indikatoren zur Kategorie „funktioneller Schweregrad“) (IV-act. 90-30ff./109). Insofern ist der pauschalen Rüge der Beschwerdeführerin in Bezug auf die angeblich ungenügende Auseinandersetzung mit den Standardindikatoren entgegenzuhalten, dass die einzelnen Indikatoren – wie es Prof. Dr. med. B___ im Ergänzungsgutachten geltend macht (act. 18) – im Gutachtenstext abgehandelt wurden.

2.8

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Gutachten von Prof. Dr. med. B___ plausibel und nachvollziehbar begründet ist, auf den im Rahmen der Untersuchung gewonnenen Erkenntnissen beruht, in Kenntnis der Vorakten und unter Berücksichtigung der von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden abgegeben wurde und in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtet. Dem Gutachten kommt daher voller Beweiswert zu. Weitere medizinische Abklärungen beziehungsweise die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens erübrigen sich demnach.

Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

3. Kosten und Entschädigung

Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Beschwerdeverfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung kostenpflichtig. Der Beschwerdeführerin sind daher – unter Verrechnung mit dem von ihr in gleicher Höhe einbezahlten Kostenvorschuss – ausgangsgemäss die Kosten des Verfahrens in Höhe von Fr. 800.-- aufzuerlegen.

Die Auslagen von Fr. 593.50 für das Ergänzungsgutachten von Prof. Dr. med. B___ vom 15. Juni 2018 werden der IV-Stelle auferlegt (BGE 143 V 269 E. 6.2.1 mit Hinweis auf BGE 140 V 70 E. 6.1).

Der obsiegenden IV-Stelle wird keine Parteientschädigung ausgerichtet (BGE 126 V 143 E. 4).

Demnach erkennt das Obergericht:

1. Die Beschwerde von A____ wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten in Höhe von Fr. 1'393.50, bestehend aus einer Gebühr von Fr. 800.-- und Auslagen von Fr. 593.50 für das Ergänzungsgutachten von Prof. Dr. med. B____, St. Gallen, vom 15. Juni 2018, werden im Umfang von Fr. 800.-- der Beschwerdeführerin und im Umfang von Fr. 593.50 der IV-Stelle auferlegt.

Die der Beschwerdeführerin auferlegte Entscheidgebühr wird mit dem von ihr in gleicher Höhe einbezahlten Kostenvorschuss verrechnet.

3. Es werden keine Entschädigungen zugesprochen.

4. **Rechtsmittel:**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Zulässigkeit einer solchen Beschwerde richtet sich nach Art. 82 ff. Bundesgerichtsgesetz (BGG, SR 173.110). Die Beschwerde ist beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich einzureichen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind - soweit vorhanden - beizulegen (Art. 42 BGG). Die Beschwerde hat in der Regel keine aufschiebende Wirkung (Art. 103 BGG).

5. Zustellung an die Beschwerdeführerin über deren Anwältin, die Vorinstanz und das Bundesamt für Sozialversicherungen.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtsvizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

lic. iur. Walter Kobler

lic. iur. Monika Epprecht

versandt am: 07.03.19