

Obergericht Appenzell Ausserrhoden
3. Abteilung

Urteil vom 17. Juni 2015

Mitwirkende	Obergerichtspräsident E. Zingg Oberrichter Dr. med. S. Graf, H.P. Fischer, Ch. Wild, Dr. F. Windisch Obergerichtsschreiberin M. Epprecht
Verfahren Nr.	O3V 14 19
Sitzungsort	Trogen
Beschwerdeführerin	A ____ vertreten durch: RA B____
Vorinstanz	IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden , Neue Steig 15, Postfach, 9102 Herisau
Gegenstand	IV-Rente

Rechtsbegehren

a) der Beschwerdeführerin:

1. Es sei die Verfügung vom 17. Juli 2014 aufzuheben und es sei der Beschwerdeführerin mindestens eine halbe IV-Rente zuzusprechen.
2. Eventualiter sei die Verfügung vom 17. Juli 2014 aufzuheben und es sei die Angelegenheit für weitere Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

b) der Vorinstanz:

Die Beschwerde sei abzuweisen.

Sachverhalt

- A.** Die am XX.XX.1964 geborene A___ meldete sich am 9. Januar 2012 wegen gesundheitlicher Beeinträchtigung (Operation der rechten Schulter, nach Operation wurden psychische Krankheiten festgestellt [Depression]) bei der IV-Stelle des Kantons Appenzell Ausserrhoden an und beanspruchte Leistungen. Die IV-Stelle führte in der Folge medizinische Abklärungen durch und holte unter anderem ein interdisziplinäres Gutachten ein. Mit Vorbescheid vom 4. März 2014 kündigte sie an, es bestehe kein Rentenanspruch. Dagegen liess A___ am 31. März 2014 und 29. April 2014 Einwände erheben. Mit Verfügung vom 17. Juli 2014 hielt die IV-Stelle an ihrem Entscheid fest und wies das Leistungsbegehren ab.
- B.** Gegen die Verfügung vom 17. Juli 2014 liess A___ am 21. August 2014 mit den eingangs wiedergegebenen Anträgen Beschwerde beim Obergericht des Kantons Appenzell Ausserrhoden erheben.
- C.** Die IV-Stelle beantragte mit Vernehmlassung vom 30. September 2014 die Abweisung der Beschwerde.
- D.** Am 14. Januar 2015 liess A___ die Replik einreichen. Sie verzichtete stillschweigend auf eine mündliche und öffentliche Verhandlung.

E. Die IV-Stelle reichte am 9. Februar 2015 die Duplik ein.

Erwägungen

1. Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der Prozessvoraussetzungen ergibt, dass diese sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung als auch hinsichtlich der Form- und Fristerfordernisse erfüllt sind.¹ Auf die Beschwerde ist einzutreten.
2. Eine versicherte Person hat nach Art. 28 Abs. 1 und 2 IVG Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 %, und auf eine Viertelrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist. Invalidität ist gemäss Art. 4 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall. Erwerbsunfähigkeit ist nach Art. 7 ATSG 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.

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads erwerbstätiger versicherter Personen wird nach Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre.

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

¹ Art. 1 Abs. 1 und Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG, SR 831.20) i.V.m. Art. 60 Abs. 1 und Art. 61 lit. b des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG, SR 830.1) i.V.m. Art. 28 lit. b des Justizgesetzes vom 13. September 2010 (JG, bGS 145.31) sowie Art. 54, Art. 56 und Art. 59 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 9. September 2002 (VRPG, bGS 143.1)

die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können.²

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht die Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht die andere medizinische These abstellt.³ 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.⁴

3. 3.1

Die IV-Stelle stellte sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, gemäss dem bidisziplinären orthopädisch-psychiatrischen Gutachten könne der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht die zuletzt ausgeführte adaptierte Tätigkeit ganztags mit einer 90%-igen Arbeitsfähigkeit (vermehrter Pausenbedarf) zugemutet werden. Im Einklang mit dem Rheumatologen könne von der Diagnose eines Fibromyalgie-Syndroms ausgegangen werden. Aus psychiatrischer Sicht werde eine rezidivierende depressive Störung mit einer gegenwärtigen mittelgradigen Episode diagnostiziert. Bei mittelgradigen Episoden sei zu prüfen, ob es sich dabei um eine reaktive Begleiterscheinung zu einem syndromalen Leiden handle. Dies sei vorliegend zu bejahen. Damit liege bei einer solchen Depression keine Komorbidität im notwendigen Schweregrad vor. Zusätzlich sei von hoher Wahrscheinlichkeit in der psychiatrischen Testdiagnostik von Simulations- und Aggravationsbemühungen auszugehen und es lägen psychosoziale/nicht-medizinische Probleme vor. Aus psychiatrischer Sicht sei demnach die Beschwerdeführerin voll arbeitsfähig. Gesamthaft

² BGE 132 V 99 E. 4

³ BGE 125 V 351 E. 3a

⁴ BGE 134 V 231 E. 5.1

könne somit von einer Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit von 90% ausgegangen werden. Die vorgebrachten Einwände vermöchten an dieser Beurteilung nichts zu ändern.⁵

In der Vernehmlassung und in der Duplik ergänzte die IV-Stelle ihre Ausführungen dahingehend, dass das Gutachten in Bezug auf die Beurteilung des Gesundheitszustandes, der Befunde und der Diagnosen sämtliche Kriterien der Beweistauglichkeit erfülle, weshalb darauf abgestellt werden könne. Somatisch hätten anlässlich der Begutachtung keine schwerwiegenden Krankheitsbilder festgestellt werden können. Gewisse Leistungseinschränkungen seien auf die verminderte Belastbarkeit der rechten, dominanten, oberen Extremität und der Wirbelsäule zurückzuführen. Die beklagten Schmerzen seien auf ein Fibromyalgie-Syndrom zurückzuführen. Aus psychiatrischer Sicht werde die zuletzt ausgeübte Tätigkeit ebenfalls ganztags als möglich erachtet, allerdings werde die Leistungsfähigkeit auf lediglich 50% geschätzt. Bei der psychiatrischen Begutachtung seien aber die höchst auffälligen Resultate der neuropsychologischen Testungen zu berücksichtigen. Die Ergebnisse der Verfahren zur Erfassung von Simulations- und Aggravationstendenzen hätten Hinweise geliefert, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit von solchen auszugehen sei. Die Teilgutachterin weise in ihrer Begutachtung darauf hin, schätze die Minderung der Leistungsfähigkeit aber ohne genauere Begründung auf 50% ein. Aus dem gesamten medizinischen Aktenmaterial werde deutlich, dass die depressive Erkrankung auf die Schmerzproblematik folge und somit als reaktive Begleiterscheinung beurteilt werden müsse. Die Rechtsprechung, wonach mittelgradige depressive Episoden keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere und Ausprägung darstelle, müsse auch vorliegend gelten, obwohl die depressive Störung rezidivierend sei. Die von den behandelnden Ärzten immer wieder als schwer beurteilte depressive Störung beruhe zu sehr auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin. Betreffend genetischer Disposition sei festzuhalten, dass die diesbezüglichen Angaben in den Akten divergieren und daher nicht vollständig schlüssig seien. Die weiteren rechtssprechungsgemäss massgeblichen Kriterien, welche für eine ausnahmsweise Nichtüberwindbarkeit von nicht objektivierbaren Leiden spreche, seien weder gehäuft noch ausgeprägt erfüllt. Selbst wenn die diagnostizierte rezidivierende depressive Störung eine eigenständige Erkrankung wäre, könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer invalidisierenden Wirkung dieses Leidens ausgegangen werden. Bei Konstellationen, in welchen Aggravation, Simulation und/oder Diskrepanzen beobachtet werden, sei der invalidisierende Charakter einer psychiatrischen Diagnose von vornherein stark zu relativieren. Zudem stütze sich die Schätzung einer nur 50%-igen Leistungsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht auf sehr ungewisse Grundlagen. Es rechtfertige sich bei der Festsetzung der Arbeitsfähigkeit von der Schätzung der Gutachter abzuweichen, ohne dass dadurch dem

⁵ Act. 2.1

Gutachten der Beweiswert abgehe. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht erforderlich.⁶

3.2

Die Beschwerdeführerin wendet im Wesentlichen ein, bereits im Jahr 1993 habe sie sich in einer ersten depressiven Episode befunden. Die depressive Störung sei dann in behandlungsbedürftigem Ausmass ausgebrochen und mit Tolvon behandelt worden. Das Gutachten attestiere eine Erwerbsunfähigkeit von 50%. Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) stelle vollumfänglich auf diese Begutachtung ab und zwei von ihr eingereichte weitere substantielle Berichte übernahmen im Wesentlichen das Gutachten, während ihr Hausarzt von einer 100%-igen Erwerbsunfähigkeit ausgehe. Die IV-Stelle schliesse aber die vom Hausarzt höher attestierte Erwerbsunfähigkeit stillschweigend aus und erwähne die von den Gutachtern ermittelte Erwerbsunfähigkeit von 50% nicht. Die IV-Stelle übersehe, dass die Gutachter ausdrücklich von einer „gegenwärtig“ mittelgradigen Episode sprächen. Daher sei die von ihr zitierte Rechtsprechung bei mittelgradigen Episoden nicht anwendbar. Unhaltbar sei das Abstellen der IV-Stelle auf ihre Aussage, wonach die Depression durch die chronischen Schmerzen ausgelöst worden seien. Dieser Satz sei völlig isoliert aus den Akten herausgelöst worden. Es sei fraglich, ob sie dies überhaupt beurteilen könne und die von ihr in der orthopädischen Begutachtung geschilderte Krankheitsentwicklung werde damit vollständig ausgeblendet. Aus dem gesamten medizinischen Aktenmaterial ergebe sich, dass von einer eigenständigen psychiatrischen Erkrankung ausgegangen werden müsse. Entweder könne auf das Gutachten abgestellt werden oder eben nicht. Die IV-Stelle weise zu recht auf ihr konsistentes Benehmen hin. Das reduzierte Durchhaltevermögen von depressiven Menschen sei nicht mit einer Simulation oder Aggravation zu verwechseln. Es müsse von Diskrepanzen in der Wertung und Beurteilung ausgegangen werden und nicht innerhalb der Tests. Die von der Klinik Teufen als Arbeitsdiagnose gestellte depressive Anpassungsstörung schliesse die im Verlauf gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung nicht aus. Die IV-Stelle interpretiere unklare Feststellungen im Gutachten subjektiv zielorientiert und negiere andererseits die objektiven Befunde.⁷

3.3

Aus den Akten ergibt sich folgender Sachverhalt:

Im Schreiben von Dr. med. C____, Facharzt FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, Spital Heiden, vom 24. Januar 2011 an Dr. med. D____ über die ambulante Sprechstunde vom 19. Januar 2011 stellte er folgende Diagnosen: persistierende

⁶ Act. 6 und act. 15

⁷ Act. 1 und act. 12

Impingementsymptomatik rechte Schulter, Status nach subacromialer Dekompression rechts am 11. Mai 2010, Lumboischialgie rechts sowie Fibromyalgiesyndrom.⁸

Dr. med. C___ diagnostizierte rund einen Monat später im Schreiben an Dr. med. D___ über die ambulante Sprechstunde vom 15. Februar 2011 ein Fibromyalgie-Syndrom, eine chronische Bursitis subdeltoidea mit persistierender Impingement-Symptomatik rechte Schulter bei Status nach subacromialer Dekompression rechts am 11. Mai 2010 sowie eine Lumboischialgie rechts. Sodann erachtete er es als sinnvoll, die Beschwerdeführerin psychiatrisch begutachten zu lassen.⁹

Dr. med. E___, Klinik Teufen AG, diagnostizierte im Schreiben vom 14. April 2011 an Dr. med. D___ über den Rehabilitationsaufenthalt der Beschwerdeführerin vom 14. März 2011 bis 8. April 2011 eine Anpassungsstörung bei chronischen Rücken-, Armgelenks- und Hüftgelenksschmerzen (ICD-10: F43.22). Als somatische Diagnose stellte er chronische Schmerzen im Arm-/Schultergelenksbereich und rechtsseitige Hüftgelenksschmerzen. Weiter fügte er an, dass die Beschwerdeführerin die erste depressive Phase 1993 und die zweite 2003 gehabt habe. Die Therapie mit Tolvon sei vom Hausarzt verordnet worden.¹⁰

Im Bericht von Prof. Dr. med. F___ und Dr. phil G___, Klinik für Neurologie, Kantonsspital St. Gallen, vom 25. Januar 2012 über die psychologische Untersuchung der Beschwerdeführerin vom Vortag kamen sie zur Beurteilung, dass sich mittelschwere bis schwere kognitive und emotionale Funktionsstörungen in praktisch allen untersuchten Funktionsbereichen zeigen. Aus neuropsychologischer Sicht seien Störungen von Antrieb und Psychomotorik bei relativ gut erhaltener Alltagskompetenz dominierend. Aufgrund der Diskrepanzen innerhalb verschiedener Tests, aber vor allem auch zwischen den schwerst beeinträchtigten Testleistungen, sobald eigenständige Antriebsleistung, Handeln oder Verhalten notwendig sei, und den auffallend gut erhaltenen Alltagsleistungen müsse in erster Linie von einer schweren psychiatrischen Grundproblematik ausgegangen werden. Er seien Hinweise vorhanden für eine psychosoziale Belastung, da die Kinder ausser Haus und selbständig seien.¹¹

Im Rahmen der Abklärung bezüglich einer organischen Ursache der Depression und der kognitiven Defizite vom 22. Februar 2012 diagnostizierten Dr. med. H___ und Dr. med. I___, Klinik für Neurologie, Kantonsspital St. Gallen, eine schwere depressive Episode (ICD-10: F32.2), anamnestisch Symptombeginn Sommer 2010 sowie ein chronisches

⁸ IV-act. 38-16/17

⁹ IV-act. 38-7f./17

¹⁰ Act. 36-5f./7

¹¹ IV-act. 40-9ff./12

Schmerzsyndrom. Eine organische Ursache für die Depression und die kognitiven Defizite sei nicht feststellbar.¹²

Der die Beschwerdeführerin seit 1994 behandelnde Hausarzt, Dr. med. D____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, Bühler, diagnostizierte im Arztbericht vom 7. März 2012 eine schwere rezidivierende depressive Episode, Störungen mit organischem Schmerzsyndrom und ein chronisches Schmerzsyndrom (Kopfschmerzen, Nackenschmerzen, Brustschmerz rechts, Schulter-/Armsyndrom rechts (Status nach Armschmerz 2003; mässig- bis höhergradige subakrominalen Impingements; Impingement rechte Schulter; Schultergelenksarthroskopie mit Gelenkstoilette, subacromiale Dekompression rechts am 11. Mai 2010), akute Lumbago, chronisches lumbospondylogenes und vertebrales Syndrom (bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen; bei muskulärer Dysbalance), Mastopathie cystica rechts, Adipositas, Gastritis (unter NSAR) sowie Status nach Tubenligatur beidseits. In der Anamnese führte er aus, die Beschwerdeführerin habe immer wieder Krisen, müsse dann weinen und könne ihre Arbeit nicht mehr machen. Sie fühle sich elend und ohne Kraft, sehe keinen Sinn mehr in ihrem Leben, fühle sich wertlos, möchte sterben und denke manchmal an Suizid. Der ärztliche Befund laute auf schwere Depression, die bisher nicht genügend habe behandelt werden können.¹³

Im Arztbericht der Klinik Teufen AG vom 3. April 2012 wurde als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.21) gestellt und angegeben, dass diese seit 1993 bestehe. Die Beschwerdeführerin stehe bei Ihnen seit 21. Februar 2011 in ambulanter Behandlung.¹⁴

Im Arztbericht der Klinik Meissenberg AG, Psychiatrische und Psychotherapeutische Spezialklinik für Frauen, Zug, vom 22. August 2012, wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2) sowie chronische Schmerzen im Arm-/Schulterbereich und rechtsseitig Hüftgelenksschmerzen, seit ca. 2006 diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin sei vom 2. April 2012 bis 14. Juni 2012 stationär behandelt worden und mit Austritt bestehe eine Arbeitsfähigkeit von ca. 2 Stunden im Tag.¹⁵ Im Austrittsbericht vom 10. August 2012 wurde unter dem Titel „Andere Diagnosen“ Fibromyalgie und chronische Schmerzen im Arm-/Schulterbereich und rechtsseitige Hüftgelenksschmerzen erwähnt. Zur früheren psychiatrischen Krankengeschichte wurde ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin die erste depressive Phase 1993 gehabt

¹² IV-act. 40-6ff./12

¹³ IV-act. 14-1ff./7

¹⁴ IV-act. 16-2/7

¹⁵ IV-act. 27-3 und 5/12

habe, die zweite 2003. Die Therapie mit Tolvon sei durch ihren Hausarzt verordnet worden.¹⁶

Im Verlaufsbericht vom 28. August 2012 gab Dr. med. D___ an, der Gesundheitszustand sei bei unveränderter Diagnose stationär.¹⁷

Auch die Klinik Teufen AG gab in ihrem Verlaufsbericht vom 27. September 2012, es bestehe bei unveränderter Diagnose ein stationärer Gesundheitszustand. Weiter führten sie aus, nach dem Austritt aus der Klinik Meissenberg sei nach einer phasenweise Beruhigung der depressiven Symptomatik im August 2012 eine Zustandsverschlechterung eingetreten. Es sei vor allem zur Ausprägung einer innerlichen Unruhe, zu starker Anspannung, zum Energiemangel und zu einer vertieften Deprimiertheit mit Lebenssinnlosigkeit gekommen.¹⁸ Auf eine entsprechende Frage in den ergänzenden Eingliederungsfragen wurde ausgeführt, dass für die Beschwerdeführerin bei einer geschützten Arbeitsmöglichkeit, welche in einer psychiatrischen Tagesklinik integriert sei, eine Halbtagsbeteiligung jeden Tag pro Woche an einem stufengerechten Programm möglich sei.¹⁹

Im Austrittsbericht der Klinik Meissenberg vom 7. Februar 2013 über die zweite Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 15. Oktober 2012 bis 29. Dezember 2012 wurde als psychiatrische Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2) gestellt. Weiter wurde eine Fibromyalgie diagnostiziert.²⁰

Im Verlaufsbericht vom 24. April 2013 gab die Klinik Teufen AG an, der Gesundheitszustand sei bei unveränderter Diagnose stationär. Nach dem Austritt aus der Klinik Meissenberg sei eine leichte Linderung der depressiven Symptomatik festgestellt worden.²¹

Im bidisziplinären orthopädisch-psychiatrischem Gutachten vom 20. Oktober 2013 stellte der orthopädische Gutachter Dr. med. J___, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein subacromiales Schulterimpingement rechts (ICD-10: M75.4), ein konsekutives Nacken-Schulter-Arm-Syndrom rechts (ICD-10: M79.01) sowie eine Lumboschialgie (ICD-10: M54.4) bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule ossärer (ICD-10: M47.86) und diskogener (ICD-10: M51.3) Art. Ohne Auswirkungen auf die

¹⁶ IV-act. 27-8f./12

¹⁷ IV-act. 28

¹⁸ IV-act. 36-3f./7

¹⁹ IV-act. 36-2/7

²⁰ IV-act. 44-2ff./10

²¹ IV-act. 50-1f./9

Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine Fibromyalgie, chronische Kopfschmerzen sowie Adipositas. Ein Teil der geklagten Beschwerden sei durch strukturelle, insbesondere degenerative Veränderungen, erklärbar. Unter Berücksichtigung der zusätzlich vorhandenen vegetativen Symptome sei auch von der Diagnose eines Fibromyalgie-Syndroms auszugehen, wobei darauf hinzuweisen sei, dass diese Diagnose aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht per se Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe. Aus somatischer Sicht seien Tätigkeiten, die nicht mit Arbeiten über der Horizontalebene verbunden seien, keine Zwangspositionen der Wirbelsäule beinhalten und kein Heben und Tragen von Lasten über 10kg bedingen, zumutbar. Diskrepanzen seien keine festgestellt worden. Die Beschwerdeführerin könne die zuletzt ausgeübte Tätigkeit ganztags wieder ausüben, wobei ihr vermehrte Pausen von insgesamt einer Stunde Dauer zuzugestehen seien. Die geschätzte Gesamtarbeitsfähigkeit liege bei knapp 90%.²² Im psychiatrischen Teilgutachten diagnostizierte Dr. med. K____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1). Die Beschwerdeführerin leide seit Mai 2010 an einer rezidivierenden depressiven Störung, wobei sich zum jetzigen Zeitpunkt ein mittelgradig depressives Zustandsbild feststellen lasse. Die Resultate der aktuellen neuropsychologischen Testung seien auffällig. Aufgrund der geringen subjektiven Belastungsfähigkeit und einer mangelnden Leistungsmotivation habe sich die Durchführung der testdiagnostischen Untersuchungen sehr schwierig gestaltet. Bei der Beschwerdeführerin scheine aktuell – wie bereits bei den von der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen im Januar 2012 durchgeführten Untersuchungen – ein stark verminderter Antrieb vorzuliegen. Sie habe über alle Testverfahren weit unterdurchschnittliche Ergebnisse erzielt, welche kein differenziertes Bild allfälliger Defizite entstehen lasse. Der Eindruck, dass das Ergebnis durch eine sehr geringe Leistungsmotivation oder durch bewusste Aggravationsbemühungen zustande gekommen sein könnte, werde durch die durchgeführten Verfahren zur Erfassung von Simulations- und Aggravationstendenzen gestützt. Dennoch könnten kognitive Einschränkungen hinsichtlich des Aufmerksamkeitsniveaus, der Aufmerksamkeitskapazität und der kognitiven Flexibilität vorliegen, wobei eine differenzierte Aussage zu diesen Funktionsbereichen angesichts der Hinweise auf Simulations- und Aggravationstendenzen nicht mehr möglich sei. Anhand der klinischen Befunde sprächen die Resultate der neuropsychologischen Testung für eine teilweise Symptomverdeutlichung. Das Ergebnis des Beck'schen Depressionsinventars sei aufgrund der klinischen Befunde als weniger schwerwiegend zu interpretieren. Insgesamt seien die geringe Leistungsmotivation und die kognitiven Defizite vor dem Hintergrund einer mittelgradigen depressiven Störung zu sehen. Aus rein psychiatrischer Sicht sei medizinisch-theoretisch bei der bisherigen Tätigkeit eine ganztägige Arbeit möglich, wobei eine verminderte Leistungsfähigkeit von 50% bestehe. Damit betrage

²² IV-act. 56-16 ff./37

die Gesamt-Arbeitsfähigkeit 50%. Bei einer anderen Tätigkeit wären zeitlich flexible Tätigkeiten ohne permanenten Zeit- und Termindruck, ohne besondere Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen medizinisch-theoretisch in einer wohlwollenden und konfliktarmen Arbeitsatmosphäre möglich.²³ Im polydisziplinären Konsens wurde aus somatischer Sicht zusammenfassend festgehalten, dass eine verminderte Belastbarkeit der rechten, dominanten, oberen Extremität und der Wirbelsäule vorliege. Daraus resultieren neben einer leichten quantitativen Einschränkung diverse qualitative Einschränkungen des Leistungsvermögens. Aus psychiatrischer Sicht wird festgehalten, dass die Beschwerdeführerin seit Mai 2010 an einer rezidivierenden depressiven Störung leide und sich aktuell ein mittelgradig depressives Zustandsbild feststellen lasse. Aus bidisziplinärer, orthopädisch-psychiatrischer Sicht seien folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), subacromiales Schulterimpingement rechts (ICD-10: M75.4), konsekutives Nacken-Schulter-Arm-Syndrom rechts (ICD-10: M79.01) sowie Lumboischialgie (ICD-10: M54.4) bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule ossärer (ICD-10: M47.86) und diskogener (ICD-10: M51.3) Art. Aus bidisziplinärer Sicht könne die Beschwerdeführerin die zuletzt ausgeübte Tätigkeit wieder ganztags ausüben. Dabei sollten der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht vermehrte und betriebsunübliche Pausen von insgesamt einer Stunde Dauer zugestanden werden und aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 50%. Somit könne aus bidisziplinärer Sicht von einer Arbeitsfähigkeit von 50% ausgegangen werden, da bei beiden Fachgebieten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Sinne eines vermehrten Pausenbedarfs vorliege. Eine Anpassung des Arbeitsplatzes habe bereits stattgefunden, weshalb die Beschwerdeführerin auch in einer leidensangepassten Tätigkeit ganztägig arbeiten könne.²⁴

Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) stellte im Bericht vom 22. November 2013 fest, dass auf das bidisziplinäre Gutachten vollumfänglich abgestellt werden könne. Der Fall sei medizinisch ausreichend dokumentiert und die Arbeitsfähigkeit betrage nachvollziehbar für die Tätigkeit als Mitarbeiterin in der Musterei und für adaptierte Tätigkeiten konklusiv 50% (Ganztagespensum bei 50% Leistungsfähigkeit).²⁵

Gemäss der ärztlich-gutachterlichen Stellungnahme der Klinik Meissenberg vom 18. Juni 2014 ist das bidisziplinäre Gutachten schlüssig, die relevanten Diagnosen wurden berücksichtigt und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erscheint korrekt. Allerdings solle der zeitli-

²³ IV-act. 56-28ff./37

²⁴ IV-act. 56-33ff./37

²⁵ IV-act. 57-2/3

che Zusammenhang zwischen den Störungen sowie die wechselseitige Beeinflussung noch genauer betrachtet werden.²⁶

Der Stellungnahme der Klinik Teufen vom 26. Juni 2014 lässt sich entnehmen, dass die im psychiatrischen Gutachten gestellte Diagnose in keinem Widerspruch zu ihrer Beurteilung stehe. Eine rezidivierende depressive Störung charakterisiere sich durch einen phasenförmigen bzw. dynamischen Verlauf. Die depressive Störung sei bei der Beschwerdeführerin 2003 im behandlungsbedürftigem Ausmass ausgebrochen und damals durch ihren Hausarzt mit Tolvon behandelt worden. Seit dem werde sie in Bezug auf die depressive Symptomatik regelmässig medikamentös und später auch gesprächspsychotherapeutisch behandelt. Damit könne bei der Beschwerdeführerin von einer eigenständigen psychiatrischen Erkrankung ausgegangen werden, welche ihre Arbeitsfähigkeit um mindestens 50% einschränke.²⁷

3.4

Der IV-Stelle ist insofern beizupflichten, als von einer im medizinischen Gutachten geschätzten Arbeitsunfähigkeit abgewichen werden kann, ohne dass dieses damit seinen Beweiswert verlöre.²⁸ Dem Standpunkt der IV-Stelle kann aber aus anderen Gründen nicht gefolgt werden.

Die IV-Stelle listete in der angefochtenen Verfügung als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit unter anderem auch eine Lumboischialgie auf, wobei gemäss dem Rheumatologen von einem Fibromyalgie-Syndrom auszugehen sei.²⁹ Sie verweist hierzu auf eine Stelle im polydisziplinären Konsens, wo ausgeführt wird, dass es zu einer Schmerzausweitung vor allem in der rechten Körperhälfte gekommen sei und der zuständige Rheumatologe den Schluss gezogen habe, es sei von einem Fibromyalgie-Syndrom auszugehen. Sodann wird ausgeführt, dass 12 Tender points positiv gewesen seien, so dass im Sinne einer Gesamtbeurteilung die Diagnose eines Fibromyalgie-Syndroms gerechtfertigt erscheine.³⁰ Weiter führte die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung aus, dass im Einklang mit dem Rheumatologen von der Diagnose eines Fibromyalgie-Syndroms ausgegangen werden könne.³¹ Sie übersah dabei bzw. erwähnte nicht, dass Dr. med. J ____ im orthopädischen Teilgutachten die Fibromyalgie unter den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufführte und diese Diagnose – im Einklang mit dem behandelnden Rheumatologen – nur unter Berücksichtigung der zusätzlich vorhandenen vegetativen

²⁶ IV-act. 77-9/10

²⁷ IV-act. 77-2/10

²⁸ Urteil 8C_283/2015 vom 24. Juni 2015 E. 3

²⁹ Act. 2.1/S. 2 oben

³⁰ IV-act. 56-33/37

³¹ Act. 2.1/S. 2 Mitte

Symptome, welche in einer neuen und noch nicht offiziell anerkannten Klassifizierung verstärkt gewichtet werde, als gerechtfertigt erachtete. Zudem wies Dr. med. J___ ausdrücklich darauf hin, dass diese Diagnose aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht per se Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe.³² In der Folge wurde die Diagnose Fibromyalgie im polydisziplinären Konsens des Gutachtens denn auch nicht als eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnt.³³ Die IV-Stelle hingegen stützt ihre Argumentation bzw. ihren Standpunkt im Wesentlichen auf diese Diagnose ab.³⁴ Insofern hat sie ihrem Entscheid bzw. ihrer Verfügung eine Diagnose zugrunde gelegt, die nicht im geltend gemachten Sinn im von ihr im Wesentlichen als voll beweiskräftig beurteilten Gutachten gestellt wurde.

Aber selbst wenn vorliegend die Fibromyalgie als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden wäre, müsste unter Berücksichtigung der neuen Praxis des Bundesgerichts zur Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente wegen somatoformer Schmerzstörungen und vergleichbarer psychosomatischer Leiden die Sache zur Ergänzung an die IV-Stelle zurückgewiesen werden.³⁵ Denn die vorliegenden Arztberichte und Gutachten erlauben keine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Standardindikatoren.³⁶

Der Argumentation der IV-Stelle ist aber auch insofern nicht zu folgen, als sie geltend macht, die depressive Erkrankung sei auf die Schmerzproblematik gefolgt und müsse somit als reaktive Begleiterscheinung beurteilt werden. Nach Dr. med. E___, welcher die Beschwerdeführerin seit 2010 behandelt, erlitt sie 1993 die erste depressive Episode und 2003 die zweite depressive Episode. Letztere sei vom Hausarzt mit dem Antidepressiva Tolvon therapiert worden.³⁷ Prof. Dr. med. F___ und Dr. phil G___ berichteten, der Zustand der Beschwerdeführerin habe sich gemäss ihren eigenen Angaben psychisch von einem Tag auf den anderen rigoros verschlechtert. Sie habe manchmal schon früher unter Depressionen gelitten. Es müsse in erster Linie von einer schweren psychiatrischen Grundproblematik ausgegangen werden.³⁸ Auch Dr. med. H___ und Dr. med. I___ sahen zusammenfassend die Symptomatik im Rahmen einer schweren Depression.³⁹ Der langjährig behandelnde Hausarzt stellte den Befund einer schweren Depression, die bisher

³² IV-act. 56-16 und 17/37

³³ IV-act. 56-33/37

³⁴ Act. 2.1 und act. 6/S. 3f

³⁵ Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015

³⁶ Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 E. 8 und E. 4

³⁷ IV-act- 36-5/7

³⁸ IV-act. 40-11f./12

³⁹ IV-act. 40-8/12

nicht genügend habe behandelt werden können.⁴⁰ Die Klinik Meissenberg stützte sich auf die Angaben der Beschwerdeführerin, wonach sie seit vielen Jahren, d.h. seit 20 Jahren, an einer schweren depressiven Symptomatik leide und 1993 die erste depressive Episoden gehabt habe und 2003 die zweite Episode. Es habe sich gezeigt, dass Symptome einer schweren depressiven Symptomatik und Zukunftsängste vorlägen.⁴¹ Im psychiatrischen Teilgutachten berichtete die Gutachterin über die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin, wonach sie seit ca. zwei Jahren an Depressionen leide. Die Depressionen seien einfach so gekommen und die Angst auch, wobei es keinen konkreten Auslöser gegeben habe. Schon vor Beginn der Depression sei sie in psychiatrischer Behandlung in der Klinik Teufen gewesen. Gemäss der Gutachterin lasse sich zum Zeitpunkt der heutigen Untersuchung in der klinischen Untersuchung ein mittelgradig depressives Zustandsbild feststellen.⁴² Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) bestätigte in der Folge das bidisziplinäre Gutachten vollumfänglich.⁴³ Aufgrund der erwähnten Akten ist die Meinung der IV-Stelle, wonach die psychischen Probleme der Beschwerdeführerin erst nach der Schulteroperation von 2010 eingesetzt haben, nicht vertretbar. Die IV-Stelle erklärte auch nicht schlüssig, weshalb die 1993 erlittene Depression nichts an ihrer Beurteilung ändere, ebensowenig wie der Bericht der Klinik Teufen vom 26. Juni 2014. Im letzteren wird von Dr. med. L____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ausgeführt, dass die depressive Störung bei der Beschwerdeführerin 2003 im behandlungsbedürftigem Ausmass ausgebrochen sei. Seitdem werde sie bezüglich der depressiven Symptomatik regelmässig medikamentös und später auch gesprächspsychotherapeutisch behandelt.⁴⁴ Dies lässt sich aufgrund der Akten belegen, begab sich die Beschwerdeführerin doch mehrfach wegen ihrer psychischen Erkrankung in stationäre Behandlung, zuletzt zweimal im Jahr 2012 in die Klinik Meissenberg für jeweils mehr als zwei Monate.⁴⁵ Entgegen der Ansicht der IV-Stelle ist auch die Schwere der Erkrankung ausgewiesen. Mehrere behandelnde Ärzte berichteten übereinstimmend von einer schweren Symptomatik. Die psychiatrische Gutachterin stellte diese Diagnosen nicht in Frage, sondern konstatierte lediglich, dass sich zum Zeitpunkt der heutigen Untersuchung in der klinischen Untersuchung ein mittelgradig depressives Zustandsbild feststellen lasse. Zudem habe sich auch aus der testdiagnostischen Untersuchung eine Reduktion der depressiven Symptomatik ergeben.⁴⁶ Ein Widerspruch zu den früheren ärztlichen Beurteilungen liegt hiermit nicht vor. Insgesamt liegen somit hinreichend Indizien vor, die darauf hinweisen, dass die depressive Erkrankung entgegen der Ansicht der IV-Stelle keine

⁴⁰ IV-act. 14-3/7

⁴¹ IV-act. 27-9ff./12

⁴² IV-act. 56-21 und 29/37

⁴³ IV-act. 57-2/3

⁴⁴ IV-act. 77-2/10

⁴⁵ IV-act. 27-8ff./12 und IV-act. 44-2ff./10

⁴⁶ IV-act. 56-29/37

Begleiterscheinung ist, sondern ein eigenständiges Leiden, welches schon vor 2010 einsetzte. Ihre Diagnose stellte die psychiatrische Gutachterin zudem unter Berücksichtigung der Hinweise auf Simulations- und Aggravationstendenzen, weshalb die diesbezüglichen Ausführungen der IV-Stelle fehl gehen.⁴⁷

Schliesslich vermag auch die Kritik der IV-Stelle an der Schätzung der Arbeitsfähigkeit im ansonsten in Bezug auf die Beurteilung des Gesundheitszustands, der Befunde und der Diagnosen unbestrittenen bidisziplinären Gutachten nicht zu überzeugen. Die psychiatrische Gutachterin legt entgegen der Ansicht der IV-Stelle begründet dar, weshalb ihrer Ansicht nach von einer Gesamt-Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen ist. Sie führt im Gutachten hierzu aus, dass aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung seit Mai 2010 Arbeitsunfähigkeiten zwischen 50% und 100% bestanden hätten. Seit Anfang 2012 werde durchgängig eine Arbeitsunfähigkeit von 100% angegeben. Nach dem zweiten stationären Aufenthalt in der Klinik Meissenberg und einer medikamentösen Umstellung werde das Zustandsbild als gebessert bezeichnet und von der Beschwerdeführerin selbst und dem behandelnden Facharzt entsprechend bestätigt. Die Ergebnisse der heutigen Untersuchung sprächen für das Vorliegen einer aktuell mittelgradigen depressiven Episode bei rezidivierender Störung und die medizinisch-theoretisch zumutbare Arbeitsfähigkeit betrage 50%.⁴⁸ Diese Einschätzung ist von der Gutachterin schlüssig und nachvollziehbar begründet worden. Es ist demnach darauf abzustellen.

4. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das bidisziplinäre orthopädisch-psychiatrische Gutachten sämtliche Kriterien der Beweistauglichkeit erfüllt, so dass vollumfänglich – inklusive Schätzung der Arbeitsunfähigkeit von 50% – darauf abgestellt werden kann. Die Sache ist jedoch zur Berechnung des Invaliditätsgrades der Beschwerdeführerin an die IV-Stelle zurückzuweisen. Die dem Gericht vorliegenden Akten enthalten lediglich die Lohnbescheinigungen der früheren Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin,⁴⁹ die Auszüge aus dem individuellen Konto⁵⁰ sowie ein Aktenstück betreffend Parallelisierung der Einkommen⁵¹. Unterlagen, die dem Gericht erlauben würden, den Einkommensvergleich – insbesondere das Valideneinkommen – in der angefochtenen Verfügung nachzuvollziehen, fehlen leider gänzlich und es wäre wünschenswert, wenn künftig diese Berechnungsgrundlagen Eingang in die Akten fänden. Dementsprechend wird das Verfahren zur erforderlichen ergänzenden Abklärung an die IV-Stelle zurückgewiesen, welche anschliessend neu zu verfügen hat.

⁴⁷ IV-act. 56-29/37, act. 6/S. 4 und Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 E. 2

⁴⁸ IV-act. 56-30/37

⁴⁹ IV-act. 7-1ff./11

⁵⁰ IV-act. 8-1ff./4

⁵¹ IV-act. 64-1/1

5. 5.1

Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Beschwerdeverfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung kostenpflichtig. Die IV-Stelle unterliegt im vorliegenden Verfahren. Da ihr aber gemäss Art. 22 Abs. 1 VRPG keine Verfahrenskosten auferlegt werden können, werden keine Kosten erhoben. Die Gerichtskasse ist somit anzuweisen, den von der Beschwerdeführerin geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.-- zurückzuerstatten. Das Dispositiv ist insofern in Ziffer 3 zu berichtigen.

5.2

Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Als Obsiegen gilt auch die Rückweisung an den Versicherungsträger zu weiteren Abklärungen.⁵² Vorliegend wird die Beschwerde an die IV-Stelle zurückgewiesen, womit die Beschwerdeführerin obsiegt.

Rechtsanwalt Dr. B___ reichte dem Obergericht am 9. April 2015 seine Honorarnote ein. Er ging von einem Pauschal-Honorar von Fr. 3'500.-- nach Art. 16 Abs. 1 Anwaltstarif⁵³ aus. Zusammen mit den Barauslagen und der Mehrwertsteuer ergab sich ein Rechnungstotal von Fr. 4'083.65.

Der geltend gemachte Pauschalaufwand erscheint für das vorliegende Verfahren als zu hoch, auch wenn davon auszugehen ist, dass das Verfahren für die Beschwerdeführerin von grosser Bedeutung ist. Das Studium der Akten und der diversen medizinischen Berichte sowie des Gutachtens hielt sich – da es aktenmässig nicht um ein besonders umfangreiches, sondern um ein durchschnittliches Verfahren ging – im üblichen Rahmen. Sodann stellten sich auch keine besonders schwierigen Rechtsfragen, ging es im Wesentlichen doch allein um die Frage des Beweiswerts eines Gutachtens bzw. der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Insofern rechtfertigt es sich unter Berücksichtigung der gesamten Umstände sowie der hohen Bedeutung der Sache für die Beschwerdeführerin, ihr für diesen im Bereich der Invalidenversicherung normalen bzw. durchschnittlichen Fall zulasten der IV-Stelle eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 2'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen.

⁵² UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2.Aufl. 2009, N. 117 zu Art. 61 ATSG

⁵³ Verordnung über den Anwaltstarif vom 14. März 1995 (Anwaltstarif, bGS 145.53)

Demnach erkennt das Obergericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde von A___ wird die angefochtene Verfügung vom 17. Juli 2014 aufgehoben und die Sache zur Neuurteilung im Sinne der Erwägungen an die IV-Stelle zurückgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Gerichtskasse wird angewiesen, den von der Beschwerdeführerin geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.-- zurückzuerstatten.
4. Der Beschwerdeführerin wird zulasten der IV-Stelle eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 2'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zugesprochen.
5. **Rechtsmittel:** Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit dessen Zustellung beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG, SR 173.110) geführt werden. Die Beschwerdeschrift ist zu unterzeichnen und dreifach einzureichen. Der angefochtene Entscheid mitsamt Zustellcouvert ist beizulegen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren und deren Begründung zu enthalten. Die Beweismittel sind zu bezeichnen und, soweit der Beschwerdeführer diese in Händen hat, beizulegen.
6. Zustellung an die Beschwerdeführerin über ihren Anwalt, die Vorinstanz, das Bundesamt für Sozialversicherungen und nach Rechtskraft an die Gerichtskasse (im Dispositiv).

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtspräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

lic. iur. Ernst Zingg

lic. iur. Monika Epprecht

versandt am: 24.08.15