



**Fall-Nr.:** IV 2013/556  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 13.12.2019  
**Entscheiddatum:** 06.12.2016

### **Entscheid Versicherungsgericht, 06.12.2016**

**Art. 28 und 29 IVG. Abstellen auf das Gerichtsgutachten. Die Versicherte ist wegen einer mittelgradigen depressiven Episode in einer adaptierten Tätigkeit zu 50 % arbeitsunfähig. Da sie zwischenzeitlich in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig gewesen ist, hat sie während eines halben Jahres einen Anspruch auf eine ganze, danach auf eine halbe Rente. Gutheissung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. Dezember 2016, IV 2013/556). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C\_73/2017.**

Besetzung

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Lea Hilzinger

Geschäftsnr.

IV 2013/556

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedergnana,

Rorschacher Strasse 21, Postfach 27, 9004 St. Gallen,

gegen



**IV-Stelle des Kantons St. Gallen**, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich im Februar 2011 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Sie gab an, wegen eines Nervenzusammenbruchs und einer Depression seit dem 6. September 2010 zu 100 % arbeitsunfähig zu sein.

A.b Am 6. September 2010 war die Versicherte wegen aktueller Suizidalität der Psychiatrischen Klinik B.\_\_\_\_ zugewiesen worden (Austrittsbericht vom 20. Dezember 2010, IV-act. 84-12 ff.). Als Diagnose wurde eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) und als Differentialdiagnose eine Anpassungsstörung (F43.2) angegeben. Die Klinikärzte hatten erklärt, dass sie insbesondere psychopathologische Auffälligkeiten im affektiven Bereich mit deutlicher Ratlosigkeit und Hoffnungslosigkeit gesehen hätten. Die Versicherte sei deutlich deprimiert gewesen, habe ausgeprägte Insuffizienzgefühle gezeigt und sei im Antrieb verlangsamt gewesen mit sozialem Rückzug und suizidalen Äusserungen. Insgesamt habe sie vom stationären Aufenthalt profitieren können: Die depressive Symptomatik habe sich zurückgebildet. Beim Austritt (10. Dezember 2010) habe die Versicherte deutlich vitaler, schwingungsfähiger und hoffnungsvoller gewirkt.

A.c Vom 13. Dezember 2010 bis 14. Januar 2011 hatte die Versicherte einen ambulanten Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik C.\_\_\_\_ absolviert (Bericht vom 25. Januar 2011, IV-act. 84-8 ff.). Als Diagnosen hatte Dr. med. D.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen im Rahmen einer längeren depressiven Anpassungsstörung (F43.21) und



## St.Galler Gerichte

eine intermittierende Akzentuierung der emotional-instabilen und histrionischen Persönlichkeitszüge (Z73.1) angegeben. Er hatte weiter ausgeführt, dass sich die Versicherte situationsentsprechend sehr gut in der tagesklinischen Behandlung eingelebt habe. Am Anfang der Behandlung hätten eine starke Affektlabilität, Unruhezustände und eine körperliche Erschöpfung im Vordergrund gestanden. Im Verlauf sei es zu einer zunehmenden Verbesserung des psychophysischen Zustandes gekommen. Gegen Ende der Rehabilitation habe die Versicherte selbst über eine Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, eine Normalisierung der Schlafqualität, eine Verbesserung der Stimmungslage sowie ein zum Teil wiedergewonnenes Selbstvertrauen berichtet. Bei weiterhin sehr belastender psychosozialer Situation bzw. dem bevorstehenden juristischen Verfahren sei es bei der Versicherten jedoch bis Ende der Rehabilitation zu wiederholten Stimmungseinbrüchen und einer Akzentuierung der Persönlichkeitszüge gekommen. Aufgrund der immer noch reduzierten psychischen Belastbarkeit müsse im Verlauf des Februars 2011 noch mit einer 100 %igen Arbeitsunfähigkeit gerechnet werden.

A.d E.\_\_\_\_ berichtete am 28. Februar 2011, dass sie die Versicherte vom 26. August 2009 bis 6. September 2010 zu 100 % als Mitarbeiterin Kasse beschäftigt habe (IV-act. 14). Das Arbeitsverhältnis sei gekündigt worden, weil die Versicherte über einen längeren Zeitraum überdurchschnittlich viele Stornos getätigt habe und die Waren in der Filiale nicht mehr vorhanden gewesen seien. Der letzte effektive Arbeitstag sei der 6. September 2010 gewesen. Gemäss den beigelegten Lohnjournalen hatte der monatliche Bruttolohn der Versicherten im Jahr 2010 Fr. 3'750.-- (zzgl. 13. Monatslohn) betragen (IV-act. 14-18).

A.e Dr. D.\_\_\_\_ teilte der RAD-Psychiaterin Dr. med. G.\_\_\_\_ am 1./3. März 2011 mit (IV-act. 16), dass die Versicherte an einer mittelgradigen depressiven Störung und an einer akuten Belastungsreaktion auf die fristlose Entlassung wegen des ungerechtfertigten, von der Arbeitgeberin inszenierten Verdachts auf Diebstahl leide. Die Versicherte sei noch wenig belastbar und erlebe rasche Stimmungs- und Aggressionseinbrüche. In einem Arbeitstraining in einem geschützten Bereich sei sie vier Stunden pro Tag arbeitsfähig. Er denke, dass die Versicherte ihre volle Arbeitsfähigkeit wieder erreichen werde. Nach drei Monaten Arbeitstraining sollte eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft bestehen.



## St.Galler Gerichte

A.f Am 27. Mai 2011 wurde der Versicherten mitgeteilt, dass die Kosten für ein Aufbautraining bei H.\_\_\_\_ vom 18. April 2011 bis am 15. Juli 2011 übernommen würden (IV-act. 36). Die Eingliederungsverantwortliche notierte am 23. Juni 2011 (IV-act. 39), dass die Anwesenheit im Aufbautraining vier Stunden pro Tag betrage. Die Versicherte zeige sehr viel Motivation und Durchhaltewillen. Trotzdem sei sie noch oft sehr erschöpft und müde. Von einer 50 %igen Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft sei heute noch nicht auszugehen. Die Versicherte benötige für den Aufbau noch etwas länger. Am 8. Juli 2011 wurde der Versicherten mitgeteilt, dass die Kosten für die Verlängerung des Aufbautrainings vom 8. August 2011 bis 4. November 2011 übernommen würden (IV-act. 43). Die Eingliederungsverantwortliche hielt am 30. Dezember 2011 fest (IV-act. 58), dass die Versicherte sich während der Massnahme habe stabilisieren können und eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit erreicht worden sei. Eine weitere Steigerung sei prognostisch gut möglich. Im Januar 2012 könne die Versicherte eine 50 %-Anstellung als Servicefachangestellte bei einem früheren Arbeitgeber antreten. Am 14. Februar 2012 teilte Dr. D.\_\_\_\_ der Eingliederungsverantwortlichen telefonisch mit, dass die Versicherte den Arbeitsversuch habe abbrechen müssen, weil sie überfordert gewesen sei. Er gehe weiterhin davon aus, dass die Versicherte in einer gut strukturierten Tätigkeit ohne Hektik in einem Pensum von 50 % arbeiten könne (IV-act. 78-4).

A.g Der Personalberater des RAV teilte der Eingliederungsverantwortlichen am 21. Mai 2012 per E-Mail mit (IV-act. 70), dass die Versicherte ab dem 29. Mai 2012 zu 50 % bei I.\_\_\_\_ arbeiten werde. Anlässlich einer Standortbesprechung am 8. August 2012 erklärte die Leiterin des I.\_\_\_\_, dass die Leistungen der Versicherten sehr unterschiedlich seien. An schlechten Tagen spüre man bereits nach kurzer Zeit, dass es der Versicherten nicht gut gehe. Eine Stabilität sei noch nicht vorhanden. Es wurde vereinbart, dass das Pensum während der letzten drei Monate versuchsweise im September auf 60 %, im Oktober auf 70 % und im November auf 80 % gesteigert werde. Der Rechtsvertreter der Versicherten informierte anlässlich der Standortbesprechung darüber, dass die Versicherte von der Anklage der ehemaligen Arbeitgeberin freigesprochen worden sei. Am 20. September 2012 hielt die Eingliederungsverantwortliche fest, dass die Situation zwischen der Versicherten und der Leiterin des I.\_\_\_\_ zu eskalieren drohe. Der Versicherten gehe es psychisch wieder sehr schlecht. Am 26. September 2012 notierte die Eingliederungsverantwortliche, dass das Einsatzprogramm im I.\_\_\_\_ abgebrochen



## St.Galler Gerichte

worden sei (IV-act. 78-6 ff.). Am 12. November 2012 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit (IV-act. 81), dass die beruflichen Eingliederungsmassnahmen abgeschlossen würden, da das Arbeitspensum während des Einsatzprogrammes durch das RAV nicht habe gesteigert werden können.

A.h Dr. D.\_\_\_\_ berichtete am 12. Dezember 2012 (IV-act. 82), dass die Versicherte seit September 2010 an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen (F33.11), leide. Mit einer vollständigen Rückbildung der depressiven Symptome sei nicht mehr zu rechnen. Die Versicherte sei von September 2010 bis am 4. November 2011 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen; seit dem 5. November 2011 sei sie zu 50 % arbeitsunfähig. Die 50 %ige Arbeitsunfähigkeit (4 Stunden pro Tag) bestehe sowohl in der angestammten als auch in einer adaptierten Tätigkeit. Als Einschränkungen nannte Dr. D.\_\_\_\_ eine rasche körperliche und geistige Ermüdung, Konzentrationsstörungen, Antriebsstörungen, eine reduzierte psychische Belastbarkeit und eine reduzierte geistige Flexibilität. Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt FMH Innere Medizin, berichtete am 29. Dezember 2012 (IV-act. 84), dass die Versicherte an einem Vitamin B12-Mangel leide, der jedoch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe. In ihrer bisherigen Tätigkeit sei die Versicherte nicht mehr arbeitsfähig. In einer adaptierten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit noch vier Stunden pro Tag. Dr. J.\_\_\_\_ verwies diesbezüglich auf das RAV-Einsatzprogramm. Als Einschränkungen nannte er häufige Spannungskopfschmerzen und ein traumatisiertes Vertrauen in die Arbeitswelt mit Angst vor Vorgesetzten, fehlendem Vertrauen und depressiver Grundstimmung mit Perspektivlosigkeit.

A.i RAD-Ärztin Dr. G.\_\_\_\_ erklärte am 28. Januar 2013 (IV-act. 85), aufgrund der vorliegenden Daten und Diagnosen sei nicht nachvollziehbar, weshalb eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit nicht möglich sein sollte. Der Steigerungsversuch im Einsatzprogramm im September 2012 sei scheinbar auch wegen der Rahmenbedingungen/Vorgesetzten gescheitert. Für die Rentenprüfung sei eine psychiatrische Begutachtung notwendig.

A.j Am 3. April 2013 wurde die Versicherte von Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, psychiatrisch begutachtet (Gutachten vom 19. April



2013, IV-act. 91). Dr. K.\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass die Versicherte an einer Dysthymia (F34.1) leide, die keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe. Zum Zeitpunkt der Untersuchung hätten noch gewisse depressive Symptome bestanden: Die Grundstimmung sei etwas zum depressiven Pol hin verschoben und die affektive Modulationsfähigkeit zum positiven Pol hin sei etwas eingeschränkt gewesen. Die Versicherte habe über eine Ambivalenz, Insuffizienzgefühle, eine innere Unruhe, eine Minderung der Vitalgefühle und eine Affektarmut geklagt. Das Vorliegen dieser Symptome habe sie auf gezieltes Nachfragen hin bejaht; die spontan vorgebrachten Klagen seien deutlich unspezifischer gewesen. In der Hamilton Depressionsskala habe sie 13 Punkte erreicht. Aufgrund der Phänomenologie gehe er nicht davon aus, dass die Kriterien für das Vorliegen einer eigentlichen depressiven Episode (leicht, mittelgradig oder schwer) erfüllt seien. Die Versicherte sei wegen einer depressiven Episode in der Psychiatrischen Klinik B.\_\_\_\_ hospitalisiert gewesen; diese habe eine Verbesserung des Zustandes beschrieben. Anschliessend sei in der Tagesklinik C.\_\_\_\_ zwar wiederum eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden, im Psychostatus sei aber nur noch eine milde Symptomatik beschrieben worden und es sei auch die Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion in Erwägung gezogen worden. Die Versicherte selber habe erklärt, dass es ihr heute besser gehe als zu der Zeit, als sie in der Psychiatrischen Klinik B.\_\_\_\_ gewesen sei. Sie sei aber rasch müde, alles koste sie viel Kraft, sie studiere immer wieder und habe keine Interessen. Dr. K.\_\_\_\_ erklärte, dass weiterhin eine gewisse depressive Symptomatik, jedoch nicht im Ausmass einer eigentlichen depressiven Episode, bestehe. Da aufgrund des Zeitkriteriums die Diagnosen einer Anpassungsstörung und einer längeren depressiven Reaktion nicht mehr in Frage kämen, habe er die Diagnose einer Dysthymie gestellt. Insbesondere zu Beginn der Störung könnte allerdings eine leichte depressive Episode vorgelegen haben. Von einer Dysthymia Betroffene hätten gewöhnlich zusammenhängende Perioden von Tagen und Wochen, in denen sie ein gutes Befinden beschrieben. Aber meistens, oft monatelang, fühlten sie sich müde und depressiv; alles sei für sie eine Anstrengung und sie könnten nichts geniessen. Sie grübelten und beklagten sich, schliefen schlecht und fühlten sich unzulänglich. Bei Beginn im höheren Lebensalter trete die Störung häufig nach einer abgrenzbaren depressiven Episode nach einem Trauerfall oder einer anderen offensichtlichen Belastung auf. Diese Beschreibung treffe auf die Symptomatik der Versicherten zu.



Insgesamt handle es sich eindeutig um eine Reaktion auf eine psychosoziale Belastungssituation, die weiter anhalte. Zu den früheren ärztlichen Einschätzungen nahm Dr. K.\_\_\_\_ wie folgt Stellung: Nicht wirklich plausibel sei die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode der Tagesklinik C.\_\_\_\_, da im Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik B.\_\_\_\_ eine Verbesserung der Symptomatik beschrieben worden sei. Zudem hätte die Diagnose einer Anpassungsstörung nicht gestellt werden dürfen, wenn die Versicherte tatsächlich mittelgradig depressiv gewesen wäre. Und obwohl im Bericht der Klinik C.\_\_\_\_ auch eine Verbesserung des psychophysischen Zustandes der Versicherten beschrieben worden sei, sei weiterhin von einer 100 %igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen worden. Auch sei die Erklärung von Dr. D.\_\_\_\_, dass die Versicherte mehrere depressive Phasen in unterschiedlichem Ausmass (leicht bis schwer) gehabt habe, nicht plausibel: In allen Berichten sei regelmässig eine Stabilisierung der Situation beschrieben worden. Die einzige aktenkundige Verschlechterung sei während des Einsatzprogrammes eingetreten, weil die Versicherte mit der Leiterin des Einsatzprogrammes nicht zurechtgekommen sei. Auch hierbei habe es sich um eine Reaktion auf eine psychosoziale Belastung gehandelt.

A.k RAD-Psychiaterin Dr. G.\_\_\_\_ erklärte am 20. Juni 2013, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_ umfassend, in sich widerspruchsfrei und nachvollziehbar sei (IV-act. 93).

A.l Mit Vorbescheid vom 2. Juli 2013 (IV-act. 96) kündigte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentengesuchs an. Zur Begründung hielt sie fest, dass es sich bei einer Dysthymie nicht um einen Gesundheitsschaden mit anhaltender Einschränkung der Arbeitsfähigkeit handle. Die Versicherte sei sowohl in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin Kasse als auch in sämtlichen anderen Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig. Dagegen liess die Versicherte am 21. August 2013 einwenden (IV-act. 99), dass sich das Gutachten selber widerspreche, die Laborwerte nicht hinterfragt worden seien, die Diagnosestellungen der behandelnden Ärzte nicht gewürdigt und fachspezifische Einschätzungen (Hamilton Depressionsskala) übergangen worden seien. Auch fehle eine fachliche fundierte Wertung der eigenen und der fremden psychopathologischen Befunde. Schliesslich widersprächen auch die Untersuchungsergebnisse der Diagnose einer Dysthymie. RAD-Psychiaterin Dr. G.\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 18. Oktober 2013 (IV-act. 100) zu diesen



Einwendungen fest, der Hausarzt habe dem Vitamin B12-Mangel keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen. Der vom Gutachter erhobene minimal erhöhte Leberwert des GPT sei unspezifisch und ebenfalls ohne Bedeutung für die Arbeitsfähigkeit. Der erhöhte CD-Transferrinwert weise zwar auf einen Eisenmangel hin, habe aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ebenfalls keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der Gutachter habe seine Befunde fachlich fundiert gewertet und seine Diagnosestellungen ausführlich diskutiert. Berücksichtigt werden müsse auch, dass viele Symptome nur bei gezielter Nachfrage bejaht worden seien. Die Befunde der Klinik C.\_\_\_\_ seien in sich widersprüchlich und nicht nachvollziehbar: Die im Bericht vom Januar 2011 beschriebene Symptomatik entspreche allenfalls einer leichten depressiven Störung i.R. einer Anpassungsstörung, nicht jedoch einer mittelgradigen Depression; sie könne keine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit begründen. Im Befund vom 28. November 2012 sei gegenüber dem Vorbefund zudem eine vermehrte Symptomatik beschrieben worden. Im Widerspruch dazu seien jedoch keine schwereren Diagnosen gestellt worden und die Arbeitsunfähigkeit sei mit 50 % sogar geringer eingeschätzt worden. Die Einschätzung der Klinik C.\_\_\_\_ sei auch in Frage zu stellen, weil die Psychiatrische Klinik B.\_\_\_\_ als Eintrittsdiagnose eine mittelgradige depressive Episode (DD Anpassungsstörung) angegeben, im Verlauf jedoch eine Rückbildung der depressiven Symptome beschrieben habe. Weiter habe der Gutachter nachvollziehbar beschrieben, dass er aufgrund der Gesamtphänomenologie bei einer Punktezahl von 13 (10-20 Punkte werden bei leichten depressiven Störungen erreicht) nicht von einer eigentlichen depressiven Episode ausgehe. Hierbei handle es sich um eine professionelle Handhabung von psychologischen Testungen, welche nur im Gesamtkontext gelesen und bewertet werden dürften.

A.m Mit Verfügung vom 21. Oktober 2013 wies die IV-Stelle das Rentengesuch aus den im Vorbescheid angegebenen Gründen ab (IV-act. 101). Bezüglich des Einwandes verwies sie auf die RAD-Stellungnahme vom 18. Oktober 2013.

B.

B.a Gegen diese Verfügung liess die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 4. November 2013 Beschwerde erheben (act. G 1). Ihr Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der Verfügung und die Zusprache einer halben, eventualiter einer



ganzen IV-Rente. Zur Begründung machte er geltend, dass RAD-Ärztin Dr. G.\_\_\_\_ die fachliche Kompetenz zur Beurteilung des Gutachtens fehle, da sie wohl keine Psychiaterin sei. Der Beschwerdeschrift lag eine Stellungnahme von Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 12. August 2013, bei (act. G 1.6). Dieser hatte das Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_ als in Teilen widersprüchlich und in Teilen tendenziös bezeichnet. Die aus den Untersuchungsbefunden nachvollziehbare Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei durch Dr. K.\_\_\_\_ verworfen worden. Eine fachlich fundierte Wertung und Diskussion der eigenen und fremden psychopathologischen Befunde sei nicht erfolgt. Weiter seien der Vitamin B12-Mangel, die Hinweise auf einen schädlichen Gebrauch von Benzodiazepinen und Alkohol, die somatischen Symptome und der Verlauf der depressiven Symptome nicht diskutiert resp. gewertet worden. Auch eine Persönlichkeitsdiagnostik sei nicht erfolgt.

B.b Am 20. Dezember 2013 erklärte RAD-Ärztin Dr. G.\_\_\_\_ (IV-act. 107), dass die Kritik von Dr. L.\_\_\_\_ am Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_ unhaltbar sei und weiterhin an den Einschätzungen des Gutachters festgehalten werden könne.

B.c Am 16. Januar 2014 beantragte die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Betreffend die Vorwürfe gegen das Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_ verwies sie vollumfänglich auf die RAD-Stellungnahme vom 20. Dezember 2013 und erklärte diese zum integrierenden Bestandteil der Beschwerdeantwort. Sie führte zudem aus, dass die Diskussion, ob das Gutachten in Sachen Diagnosestellung zu überzeugen vermöge oder nicht, ohnehin obsolet sei. Es sei nämlich offensichtlich erstellt, dass die psychischen Probleme der Beschwerdeführerin einzig aus der Kündigung und dem Vorwurf des Arbeitgebers, ein deliktisches Verhalten an den Tag gelegt zu haben, resultiert seien. Es handle sich somit um ein rein psychosoziales Problem. Das geltend gemachte Leiden sei schon deshalb nicht invalidisierend.

B.d In seiner Replik vom 11. Februar 2014 (act. G 7) brachte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ergänzend vor, dass das Erlebte (insbesondere die ungerechtfertigten Unterstellungen und Anwürfe) sicherlich seinen Teil dazu beigetragen habe, dass sich die Beschwerden vorübergehend verstärkt hätten. Aus



## St.Galler Gerichte

dem Gutachten ergebe sich jedoch nicht, dass die Beschwerden darauf zurückzuführen seien.

B.e Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 9).

B.f Im März 2016 beschloss das Gericht, ein Gerichtsgutachten über den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin einzuholen. Am 15. April 2016 (act. G 16) unterbreitete Dr. med. M.\_\_\_\_, Arzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsspitals Zürich (USZ), dem Gericht eine Offerte für ein Gerichtsgutachten. Der Kostenrahmen wurde mit Fr. 5'000.-- bis Fr. 10'000.-- veranschlagt.

B.g Am 20. April 2016 (act. G 17) informierte das Gericht die Parteien darüber, dass es beabsichtige, ein psychiatrisches Gerichtsgutachten einzuholen. Den Parteien wurde Gelegenheit eingeräumt, Einwände gegen die Begutachtung vorzubringen und allfällige Ergänzungsfragen zu stellen. Die Parteien verzichteten darauf (vgl. act. G 18).

B.h Der zuständige Vizepräsident erteilte Dr. M.\_\_\_\_ am 13. Mai 2016 den Auftrag, ein monodisziplinäres psychiatrisches Gutachten über die Beschwerdeführerin zu erstellen (act. G 20).

B.i Am 21. Juli 2016 stellte die Gutachterstelle dem Gericht eine Rechnung eines medizinischen Labors über einen Betrag von Fr. 138.40 zu (act. G 28). Am 1. September 2016 reichte Dr. M.\_\_\_\_ das psychiatrische Gerichtsgutachten ein (act. G 31). Er hatte die Beschwerdeführerin am 23. und 30. Juni untersucht (siehe act. G 24). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gab er eine mittelgradige depressive Episode (F32.1) und einen Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) als Folge der Bezeichnung des Diebstahls am Arbeitsplatz an. Dr. M.\_\_\_\_ führte aus, dass die vorliegende Niedergestimmtheit, der Interessen- und Freudeverlust, der verminderte Antrieb und die gesteigerte Ermüdbarkeit, die Insuffizienzgefühle, die Schuldgefühle, die Konzentrationsstörungen, die Schlafstörungen und der gesteigerte Appetit charakteristische Symptome einer depressiven Störung seien. Bei der Gesamtzahl von sieben Symptomen liege gemäss ICD-10 eine mittelgradige Ausprägung vor, was mit den Ergebnissen der Hamilton Depressionsskala übereinstimme. Der Interessen- und Freudeverlust, das



Früherwachen und der Libidoverlust seien Merkmale eines somatischen Syndroms. Für die Diagnose eines somatischen Syndroms gemäss ICD-10 müssten allerdings mindestens vier Symptome vorhanden sein, was bei der Beschwerdeführerin nicht der Fall sei. Die Angaben der Beschwerdeführerin, dass sich die depressiven Zustände im Anschluss an das Ereignis bei E.\_\_\_\_ im September 2010 entwickelt hätten und es ihr seither nie länger als einige Tage in Folge wirklich gut gegangen sei, weise auf eine Manifestation der depressiven Störung im September 2010 und einen seither chronischen Verlauf hin. Dr. K.\_\_\_\_ habe den Verlauf der Störung anders eingeschätzt. Die in seinem Gutachten dokumentierten Symptomklagen hätten Konzentrationsstörungen, Grübeln und Gedankenkreisen, Ambivalenz, Insuffizienzgefühle, innere Unruhe, Gereiztheit, Ängste, Deprimiertheit, Minderung der Vitalgefühle, Affektarmut, Antriebsarmut, Lebensüberdruß, Schlafstörungen, Energieverlust und Libidoverlust umfasst. Da Dr. K.\_\_\_\_ als "festgestellte Symptome" nur eine Merkfähigkeitsstörung, eine depressive Grundstimmung und eine eingeschränkte affektive Modulation zum positiven Pol hin sowie eine Hypomimie beschrieben habe, sei davon auszugehen, dass er die übrigen Symptomklagen als zu wenig ausgeprägt vorhanden beurteilt habe. Allerdings fehle eine explizite Begründung dafür, wieso er diese Symptomklagen nicht als psychopathologisch ausgeprägte Symptome interpretiert habe. Würden diese als solche interpretiert, wären sieben Symptomkriterien für eine depressive Störung gemäss ICD-10 erfüllt, was einer mittelgradigen depressiven Episode entsprechen würde. Da das Ereignis an der letzten Arbeitsstelle formal die Definition für eine traumatische Erfahrung nicht erfülle und in der Untersuchung die depressive Symptomatik dominiert habe, könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass neben der depressiven Störung eine posttraumatische Belastungsstörung vorliege. Vom behandelnden Psychiater (Dr. D.\_\_\_\_) sei die initiale Ausnahmesituation nach dem Ereignis an der letzten Arbeitsstelle als Ausdruck einer akuten Belastungsreaktion interpretiert worden. Von der Aufnahmeklinik (Psychiatrische Klinik B.\_\_\_\_) sei diese Diagnose jedoch nicht gestellt worden. Aus einer akuten Belastungsreaktion entwickle sich relativ häufig eine posttraumatische Belastungsstörung. Eine solche sei gemäss den vorliegenden Akten jedoch nie diagnostiziert worden. Eine organisch bedingte depressive Störung sei bei normaler Bildgebungsuntersuchung des Schädels im Juni 2011 und derzeit normalen Vitamin B12- und Schilddrüsenwerten unwahrscheinlich.



Hinweise auf eine Suchterkrankung bestünden nicht. Ob die Persönlichkeitszüge der Beschwerdeführerin derart ausgeprägt seien, dass eine Persönlichkeitsakzentuierung vorliege, wie es der behandelnde Psychiater eingeschätzt habe, lasse sich nicht mit Sicherheit sagen. Die Diagnose akzentuierter Persönlichkeitszüge oder einer Persönlichkeitsstörung verlange fundierte Informationen zur Persönlichkeitsentwicklung und der bisherigen Lebensgestaltung, welche im Rahmen eines Gutachtens kaum zu erheben seien. Zudem erschwere bis verunmögliche die derzeitige psychische Störung die Beurteilung, ob eine Persönlichkeitsstörung vorliege, da die aktuellen Symptome die zugrundeliegenden Persönlichkeitsmerkmale maskieren oder verfälschen könnten. Soziokulturelle Faktoren, welche massgeblich zur im Alltag gezeigten Leistungsfähigkeit beitragen, lägen nicht vor. Zwischen der subjektiven Beschwerdeschilderung, den Fremdangaben, der psychometrischen Untersuchung und dem Verhalten der Beschwerdeführerin in der Untersuchungssituation bestünden keine Diskrepanzen. Die Beschwerdeführerin habe ihre Beschwerden differenziert und nachvollziehbar geschildert, ohne appellativ oder theatralisch zu wirken. Auch bestehe keine Diskrepanz zwischen der subjektiv geschilderten psychischen Beeinträchtigung und der Inanspruchnahme von therapeutischer Hilfe. Das psychosoziale Funktionsniveau im Alltag stimme gut überein mit der gezeigten Leistung im Beruf. Primär wirkten sich die Konzentrationsstörungen, die Störungen der Affektqualitäten und die gesteigerte Ermüdbarkeit negativ auf die Arbeitsfähigkeit aus. Die Arbeitsfähigkeit im letzten Beruf als Mitarbeiterin Kasse sei um 55 % eingeschränkt. Die Diskrepanz zur Einschätzung von Dr. K.\_\_\_\_ sei auf die unterschiedliche diagnostische Einschätzung zurückzuführen. Von September 2010 bis Ende 2011 sei die Beschwerdeführerin in jeglicher Tätigkeit voll arbeitsunfähig gewesen. Gestützt auf den Schlussbericht zur beruflichen Integrationsmassnahme sei davon auszugehen, dass in der angestammten Tätigkeit ab Anfang 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 55 % bestanden habe. Die Arbeitsfähigkeit in der derzeitigen Tätigkeit als Küchengehilfin sowie in jeder anderen Verweistätigkeit betrage seit anfangs 2012 rund 50 %. Die Prognose sei offen. Der mehrjährige Krankheitsverlauf sei prognostisch eher ungünstig. Andererseits seien die Behandlungsoptionen nicht vollständig ausgeschöpft. Auch mit diesen zusätzlichen Massnahmen sei allerdings kaum von einer raschen Besserung auszugehen. Am 19. September 2016 reichte das USZ eine Rechnung für das Gutachten im Betrag von Fr. 8'517.-- ein (act. G 33).



B.j Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin erklärte am 28. September 2016 (act. G 34), das Gutachten von Dr. M.\_\_\_\_ sei umfassend und sorgfältig abgefasst. Die diagnostische Erhebung sei sorgfältig und nachvollziehbar und es seien fremdanamnestiche Auskünfte eingeholt worden. Die Einschätzung der Leistungsfähigkeit stimme mit den erhobenen Befunden überein und decke sich mit der Kritik von Dr. L.\_\_\_\_ am Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_.

B.k Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Stellungnahme zum Gutachten von Dr. M.\_\_\_\_ und zur Stellungnahme des Rechtsvertreters vom 28. September 2016 (vgl. act. G 35).

B.l Am 10. Oktober 2016 stellte das Gericht dem psychiatrischen Gutachter Dr. M.\_\_\_\_ eine Rückfrage (act. G 36). Es wollte wissen, weshalb er trotz des Vorliegens von acht Symptomen eine mittelgradige und nicht eine schwere Ausprägung der depressiven Episode diagnostiziert habe. Dr. M.\_\_\_\_ antwortete am 20. Oktober 2016 (act. G 37), dass tatsächlich acht und nicht wie fälschlicherweise geschrieben sieben Symptome einer depressiven Episode vorlägen. Gemäss ICD-10 wäre mit der Mindestzahl von acht erfüllten Symptomkriterien die Diagnose einer schweren depressiven Episode formal gerechtfertigt. Allerdings liege kein somatisches Syndrom vor, von welchem gemäss ICD-10 angenommen werde, dass es bei der Mehrzahl der schweren depressiven Episoden vorhanden sei. Die Gesamtpunktzahl in der Hamilton Depression Skala weise auf eine mittelschwere Ausprägung der Depression hin. Gemäss DSM-5 seien bei der Beschwerdeführerin, bei einer geforderten Mindestzahl von fünf Symptomen, sieben der insgesamt neun Symptomkriterien einer Major Depression erfüllt. Die Intensität der Symptome sei von der Beschwerdeführerin noch teilweise bewältigbar, was sich in einer zumindest partiellen Aufrechterhaltung des beruflichen Funktionsniveaus zeige. Damit sei die Major Depression gemäss DSM-5 mittelgradig ausgeprägt. Zusammenfassend sei die depressive Störung somit je nach Anwendung des Algorithmus zur Bestimmung des Schweregrades zwischen mittelgradig und schwergradig ausgeprägt. Im Übrigen würde die Annahme einer schwergradig anstatt mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode an der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nichts ändern, da diese auf der Grundlage der erhobenen Symptome und nicht der Diagnose bzw. deren Schweregrad ermittelt worden sei.



## St.Galler Gerichte

B.m Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin nahm am 25. Oktober 2016 Stellung zur Antwort von Dr. M. \_\_\_ vom 20. Oktober 2016. Er erklärte, die massgebende Aussage des psychiatrischen Gutachtens sei die Einschätzung der Leistungsfähigkeit und deren medizinische Grundlegung und Herleitung der Psyche der Beschwerdeführerin (act. G 39). Darin sei das Gutachten überzeugend. Der Rechtsvertreter bat darum, bei der Festsetzung der Parteientschädigung zu berücksichtigen, dass das Verfahren wegen des Gutachtens umfangreicher gewesen sei.

B.n Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Stellungnahme hierzu (act. G 40).

## Erwägungen

1.

1.1 Mit der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin bei einem IV-Grad von 0 % abgelehnt. Strittig ist demnach, ob die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat oder nicht.

1.2 Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine 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 ausgeglichen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

1.3 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist der Invaliditätsgrad grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird 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 (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden; sie können aber auch nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzt werden (AHI 1998 S. 120). Wird eine Schätzung vorgenommen, muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen (sog. Prozentvergleich; BGE 114 V 310 E. 3a mit Hinweisen).

2.

2.1 Um das Invalideneinkommen und damit den IV-Grad ermitteln zu können, muss die Arbeitsfähigkeit mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen.

2.2 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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. Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen).

2.3 Zunächst ist somit zu prüfen, ob das Gerichtsgutachten eine beweiskräftige Grundlage für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und damit des Rentenanspruchs bildet.

2.4 Dr. M.\_\_\_\_ hat das Gerichtsgutachten in Kenntnis der Vorakten abgefasst (Ziff. 3 des Gutachtens). Zudem hat er die Beschwerdeführerin detailliert zur Anamnese und zu ihren aktuellen Beschwerden befragt (Ziff. 4 des Gutachtens). Ergänzend hat er Fremangaben beim Hausarzt der Beschwerdeführerin und bei deren Tochter eingeholt (Ziff. 5 des Gutachtens). Des Weiteren hat Dr. M.\_\_\_\_ die erhobenen psychopathologischen Befunde eingehend diskutiert und die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin auf ihre Konsistenz hin überprüft und eine Beschwerdevalidierung durchgeführt (Ziff. 6 und Ziff. 8.7). Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat er eine mittelgradige depressive Episode und einen Verdacht auf eine



posttraumatische Belastungsstörung als Folge der Bezichtigung des Diebstahls am Arbeitsplatz angegeben. In der Gutachtensbegründung hat er letztere Diagnose allerdings insoweit relativiert, als er erklärt hat, dass das Ereignis an der letzten Arbeitsstelle formal die Definition für eine traumatische Erfahrung nicht erfülle. Da in der Untersuchung die depressive Symptomatik dominiert habe, könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass neben der depressiven Störung eine posttraumatische Belastungsstörung vorliege. Obwohl Dr. M.\_\_\_\_ die Diagnose eines Verdachts auf eine posttraumatische Belastungsstörung in der Diagnoseliste unter den Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgelistet hat, hat er ihr also keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen. Gemäss ICD-10 F43.1 entsteht eine posttraumatische Belastungsstörung als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. [...]. Die Bezichtigung des Diebstahls und die daraus folgende fristlose Kündigung des Arbeitsverhältnisses ist ohne Zweifel ein sehr belastendes Ereignis für die Beschwerdeführerin gewesen. Mit Dr. M.\_\_\_\_ ist jedoch davon auszugehen, dass dieses Ereignis objektiv nicht als aussergewöhnliche Bedrohung oder als von katastrophenartigem Ausmass qualifiziert werden kann. Hinzu kommt, dass diese Diagnose von den behandelnden Psychiatern nie gestellt worden ist. Die Einschätzung von Dr. M.\_\_\_\_, dass der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat, überzeugt daher. Der behandelnde Psychiater Dr. D.\_\_\_\_ hat die Diagnose einer akuten Belastungsreaktion genannt. Gemäss ICD-10: F43.0 handelt es sich hierbei um eine vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine aussergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt, die im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt [...]. Wenn die Symptome andauern, sollte eine Änderung der Diagnose in Erwägung gezogen werden. Eine akute Belastungsreaktion kann somit definitionsgemäss nur kurzfristig einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben. Eine Invalidität begründet jedoch nur eine zumindest längere Zeit dauernde Arbeitsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Diagnose einer akuten Belastungsreaktion ist somit für die Arbeitsfähigkeitsschätzung im Rahmen der Invaliditätsbemessung



irrelevant, weshalb offen gelassen werden kann, ob die Beschwerdeführerin tatsächlich vorübergehend an einer akuten Belastungsreaktion gelitten hat.

2.5 Somit bleibt zu prüfen, ob die von Dr. M.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode überzeugt. Dr. M.\_\_\_\_ hat die mittelgradige Ausprägung der Depression damit begründet, dass sieben Symptome gemäss ICD-10 vorlägen. Bei acht Symptomen gelte eine depressive Episode als schwer ausgeprägt. Dem Gutachten sind allerdings nicht sieben, sondern acht depressionstypische Symptome zu entnehmen (Niedergestimmtheit, Interessen- und Freudeverlust, verminderter Antrieb und gesteigerte Ermüdbarkeit, Insuffizienzgefühle, Schuldgefühle, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, gesteigerter Appetit). Dr. M.\_\_\_\_ hat diese Diskrepanz auf Rückfrage hin am 20. Oktober 2016 bestätigt. Er hat erklärt, dass zwar die formalen Kriterien für die Diagnostizierung einer schweren depressiven Episode erfüllt seien. Da kein somatisches Syndrom vorliege, da die Gesamtpunktzahl in der Hamilton Depression Skala auf eine mittelschwere Ausprägung der Depression hinweise und da die Depression gemäss der DSM-5 ebenfalls mittelgradig ausgeprägt sei, habe er trotzdem eine mittelgradig ausgeprägte Depression diagnostiziert. Im Übrigen würde die Annahme einer schwergradig statt mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode an der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nichts ändern, da diese auf der Grundlage der erhobenen Symptome und nicht aufgrund der Diagnose bzw. deren Schweregrad ermittelt worden sei. Die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode leuchtet vor den von Dr. M.\_\_\_\_ erhobenen psychopathologischen Befunden ein. Seine ergänzenden detaillierten Ausführungen dazu, weshalb er keine schwergradige Ausprägung der Depression angenommen hat, überzeugen insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass die behandelnden Ärzte nie eine schwere, sondern stets eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert haben. Im Gegensatz zu Dr. M.\_\_\_\_ hat der Vorgutachter Dr. K.\_\_\_\_ lediglich eine Dysthymia diagnostiziert. Dr. M.\_\_\_\_ hat ausgeführt, dass die unterschiedliche Einschätzung des Schweregrads der depressiven Symptomatik darauf zurückzuführen sei, dass Dr. K.\_\_\_\_ nicht alle Symptomklagen berücksichtigt habe. Allerdings fehle eine ausreichende Begründung dafür, weshalb er diese Symptome (mit Ausnahme einer Merkfähigkeitsstörung, einer depressiven Grundstimmung, einer eingeschränkten affektiven Modulation zum positiven Pol hin sowie einer Hypomimie) nicht als psychopathologisch ausgeprägt interpretiert habe. Dr. K.\_\_\_\_ hat in seinem Gutachten



erklärt, dass die Beschwerdeführerin das Vorliegen einer Ambivalenz, von Insuffizienzgefühlen, einer inneren Unruhe, einer Minderung der Vitalgefühle und einer Affektarmut auf gezieltes Nachfragen hin bejaht habe, dass die spontan vorgebrachten Klagen aber deutlich unspezifischer gewesen seien. Die Einschätzung von Dr. M.\_\_\_\_, dass Dr. K.\_\_\_\_ diese Symptome als zu wenig ausgeprägt eingestuft hat, überzeugt daher. Mit Dr. M.\_\_\_\_ ist davon auszugehen, dass diese Begründung nicht ausreichend ist: Allein aus der Tatsache, dass eine zu begutachtende Person ein depressionsspezifisches Symptom nicht von sich aus nennt, kann nicht ohne weiteres geschlossen werden, dass dieses Symptom nicht resp. nicht in einem relevanten Ausmass vorhanden ist. Da es Dr. K.\_\_\_\_ unterlassen hat, überzeugend zu begründen, weshalb die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Symptomatik bei der Diagnosestellung (und damit auch bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung) nicht zu berücksichtigen ist, kann auf seine Beurteilung resp. auf sein Gutachten nicht abgestellt werden. Dr. M.\_\_\_\_ hat in seinem Gutachten erklärt, dass zwischen der subjektiven Beschwerdeschilderung, den Fremdanfragen, der psychometrischen Untersuchung und dem Verhalten der Beschwerdeführerin in der Untersuchungssituation keine Diskrepanzen bestanden hätten. Die Beschwerdeführerin habe ihre Beschwerden differenziert und nachvollziehbar geschildert, ohne appellativ oder theatralisch zu wirken. Es bestehe auch keine Diskrepanz zwischen der subjektiv geschilderten psychischen Beeinträchtigung und der Inanspruchnahme von therapeutischer Hilfe. Dr. M.\_\_\_\_ hat die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin also nicht unkritisch übernommen, sondern auf ihre Konsistenz hin überprüft. Demnach ist auf die Beurteilung von Dr. M.\_\_\_\_ abzustellen, wonach die Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit an einer mittelgradigen depressiven Episode leidet.

2.6 Die Beschwerdegegnerin hat argumentiert, dass die psychischen Probleme der Beschwerdeführerin einzig aus der Kündigung und dem Vorwurf des Arbeitgebers, ein deliktisches Verhalten an den Tag gelegt zu haben, resultiert seien. Das geltend gemachte Leiden sei schon deshalb nicht invalidisierend. Dass sich die Depression im Anschluss an das vorgenannte Ereignis manifestiert hat, ist unbestritten. Allein aus diesem Grund kann dem depressiven Leiden jedoch nicht von vornherein eine invalidisierende Wirkung abgesprochen werden. Die Invalidenversicherung ist eine finale Versicherung. Das heisst, es wird nicht nach der Art und Genese eines Gesundheitsschadens gefragt, welcher die Erwerbsunfähigkeit verursacht. Der



Gesundheitszustand ist folglich immer gesamtheitlich zu betrachten. Selbst eine Erwerbsunfähigkeit, deren psychogene krankhafte Grundlage (auch) durch eine soziokulturelle Überforderung verursacht worden ist, fällt in den Geltungsbereich der Invalidenversicherung, vorausgesetzt es handelt sich um ein verselbständigtes psychisches Leiden. Eine rentenbegründende Invalidität kann damit nicht allein mit dem Hinweis auf das Vorhandensein soziokultureller oder psychosozialer Belastungsfaktoren verneint werden (Urteil des Bundesgerichts vom 29. April 2014, 8C\_830/2013 E. 5.2.3; BGE 136 V 279 E. 3.2.1). Die mittelschwere depressive Episode hat im Verfügungszeitpunkt bereits seit über drei Jahren bestanden (September 2010 bis Oktober 2013). Auch im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. M.\_\_\_\_ im Juni 2016 hat sie weiterhin andauert. Bereits aufgrund der Tatsache, dass die mittelschwere depressive Episode nun schon seit Jahren andauert, muss davon ausgegangen werden, dass es sich bei ihr um ein selbständiges psychisches Leiden handelt. Diese Annahme wird dadurch untermauert, dass sich die psychische Verfassung der Beschwerdeführerin durch den gemäss den Angaben des Rechtsvertreters im Jahr 2012 erfolgten Freispruch vom Vorwurf des Diebstahls nicht zurückgebildet hat. Demnach spielt der Auslöser der mittelschweren depressiven Episode für die Frage, ob dieser im Rahmen der Invaliditätsbemessung einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beizumessen ist, keine Rolle.

2.7 Im Urteil 9C\_530/2016 vom 14. Oktober 2016 (wie auch in früheren Entscheiden) hat das Bundesgericht die Auffassung vertreten, dass leichte bis mittelgradige depressive Störungen nur dann invalidisierende Krankheiten seien, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent seien. Nur dann erfüllten sie die normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG. Zudem müsse die Therapie die indizierten, zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft haben. Damit ordnet das Bundesgericht an, dass teilweise auf einen fiktiven Sachverhalt abzustellen sei: Real soll die Diagnose bleiben (leichte bis mittelschwere Depression), aber deren reale Auswirkungen auf die arbeitsfähigkeitsrelevanten Ressourcen einer versicherten Person sollen durch die Fiktion ersetzt werden, dass diese Ressourcen trotz der leichten bis mittelschweren Depression weiter in vollem Umfang zur Verfügung stünden. Als gesetzliche Grundlage für diesen Ersatz des mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellten Sachverhalts (bedeutende Einschränkung der arbeitsfähigkeitsrelevanten



Ressourcen) durch einen vorgegebenen fiktiven Sachverhalt (keine Einschränkung der arbeitsfähigkeitsrelevanten Ressourcen) führt das Bundesgericht nur den Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG an. Mit dieser Gesetzesbestimmung ist gemäss den Gesetzgebungsmaterialien aber einzig bezweckt worden, die sogenannte zumutbare Willensanstrengung (als selbstverständliches Element jeder Arbeitsfähigkeitsschätzung bei jeder Art von Gesundheitsbeeinträchtigung) schärfer zu fassen (vgl. die Botschaft des Bundesrates zur 5. IV-Revision, BBl 2005 4459 ff., S. 4577). Der Gesetzgeber hat mit dem Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG also nur klarstellen wollen, dass die objektiv bestehende Situation einer versicherten Person massgebend sein muss, d.h. dass nie auf die Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die versicherte Person abgestellt werden darf. Der Sinn und Zweck der mit dem Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG kodifizierten, aber eigentlich schon immer im Begriff der Arbeitsunfähigkeit enthaltenen zumutbaren Willensanstrengung hat also ganz offensichtlich nichts mit der Frage zu tun, ob eine objektiv bestehende ausgewiesene und auch bei einer zumutbaren Willensanstrengung nicht überwindbare Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit soll ignoriert und durch die Fiktion ersetzt werden müssen, dass keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Folgen der Gesundheitsbeeinträchtigung vorlägen, d.h. dass bei der Diagnose einer leichten bis mittelschweren (allenfalls sogar bei einer mittelschweren) Depression immer – ausser es liegt eine nachgewiesene Therapieresistenz vor – von einer fiktiven uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung beruht somit auf einer Fehlinterpretation des Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG. Dies zeigt sich auch darin, dass die „spezielle“ Auslegung durch das Bundesgericht nur auf eine einzige Krankheit bzw. Diagnose, nämlich auf die Depression, beschränkt sein soll. Für alle anderen Krankheiten beinhaltet der Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG auch nach der Auffassung des Bundesgerichts nur eine Kodifikation der bereits im Arbeitsunfähigkeitsbegriff enthaltenen zumutbaren Willensanstrengung. Wenn der Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG nicht die gesetzliche Grundlage der „Fiktionspraxis“ des Bundesgerichts sein kann, dann kommt dafür nur noch die allgemeine Schadenminderungspflicht in ihrer Ausprägung als medizinische Eingliederungspflicht in Frage. Darauf weist ja auch die Aussage des Bundesgerichts hin, die Fiktion der uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit komme dann nicht zur Anwendung, wenn im Einzelfall eine ausgewiesene Therapieresistenz bestehe. Die bundesgerichtliche „Fiktionspraxis“ wäre demnach so zu verstehen, dass so lange



keine Arbeitsunfähigkeit (und damit keine rentenbegründende Invalidität) vorliegen könne, als die objektiv bestehende, reale Arbeitsunfähigkeit noch durch eine Therapie überwunden werden könne, wobei es irrelevant sei, innert welcher Zeit mit einem solchen Erfolg einer Therapie gerechnet werden könne. Dieser Versuch, der „Fiktionspraxis“ ein gesetzliches Fundament zu schaffen, scheitert bereits daran, dass gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG auch eine längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit eine anspruchsbegründende Invalidität entstehen lässt. Zudem lässt sich nicht erklären, warum die Invaliditätsdefinition in Art. 8 Abs. 1 ATSG nur bei einer einzigen Krankheit, der Depression, nicht auch bei einer längere Zeit dauernden Arbeitsunfähigkeit – während der Therapie – erfüllt sein soll. Hinzu kommt, dass die erfolgversprechende Therapierbarkeit praktisch jeder leichten bis mittelgradigen Depression entgegen der Behauptung des Bundesgerichts alles andere als eine gesicherte medizinische Erfahrung ist (vgl. ULRIKE HOFFMANN-RICHTER, Psychische Beeinträchtigungen in der Rechtsprechung: Ein Blick aus psychiatrischer Sicht, in: UELI KIESER [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2015, S. 78). Ein Lichtblick bietet ein Entscheid des Bundesgerichts, der kurz nach dem oben genannten, nämlich am 4. November 2016, ergangen ist (9C\_391/2016). In diesem Entscheid hatte das Bundesgericht einer Versicherten, die an einer generalisierten Angststörung und an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig, ohne somatisches Syndrom, gelitten hatte, ausgehend von einer 100 %igen Arbeitsunfähigkeit eine ganze Rente zugesprochen, obwohl sich die Versicherte bis anhin einer zumutbaren, eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit versprechenden Behandlung mittels Psychopharmaka widersetzt hatte (E. 3.3 f.; der ausführliche Sachverhalt ist dem aufgehobenen Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 31. März 2016, IV.2015.00132 zu entnehmen). Dr. M.\_\_\_\_ hat erklärt, dass die Behandlungsoptionen nicht vollständig ausgeschöpft seien und eine auf das Ereignis an der letzten Arbeitsstelle fokussierte psychotherapeutische Auseinandersetzung im Sinne einer Konfrontationsbehandlung sowie den Ausbau der psychopharmakologischen Therapie empfohlen. Dr. M.\_\_\_\_ hat aber angemerkt, dass auch mit diesen zusätzlichen Massnahmen kaum von einer raschen Besserung auszugehen sei. Auch vor diesem Hintergrund spricht die Tatsache, dass (noch) keine Therapieresistenz vorliegt, im vorliegenden Fall nicht gegen eine invalidisierende Wirkung der mittelgradigen depressiven Episode.



2.8 Dr. M.\_\_\_\_ hat der Beschwerdeführerin für die Zeit von September 2010 bis Ende Dezember 2011 eine volle Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit attestiert. Ab dem 1. Januar 2012 hat er die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin Kasse auf 55 % und in einer adaptierten Tätigkeit auf 50 % geschätzt. Von September bis Dezember 2010 ist die Beschwerdeführerin in der Psychiatrischen Klinik B.\_\_\_\_ hospitalisiert gewesen. Nach dem Klinikaustritt hat sie bis Mitte Januar 2011 einen ambulanten Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik C.\_\_\_\_ absolviert. Für den Zeitraum vom September 2010 bis Januar 2011 ist eine volle Arbeitsunfähigkeit somit ausgewiesen. Im Juni 2011 hat die Eingliederungsverantwortliche festgehalten, dass aktuell noch nicht von einer 50 %igen Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft auszugehen sei. Das Aufbautraining war deshalb bis und mit November 2011 verlängert worden. Im Dezember 2012 hatte der behandelnde Psychiater berichtet, dass die Beschwerdeführerin seit dem 5. November 2011 wieder zu 50 % arbeitsfähig sei. Weshalb Dr. M.\_\_\_\_ erst ab Januar 2012 von einer 50 %igen Arbeitsfähigkeit adaptiert ausgegangen ist, ist nicht ersichtlich, zumal auch er auf die Ergebnisse aus den Arbeitsversuchen abgestellt hat; wahrscheinlich handelt es sich um ein Versehen. Die in einem Arbeitsversuch gezeigte Leistungsfähigkeit widerspiegelt nicht immer die einer versicherten Person aus objektiver Sicht zumutbare Arbeitsleistung. Im vorliegenden Fall stimmt jedoch die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin bezüglich ihrer Arbeitsfähigkeit – sie arbeitet seit Sommer 2014 wieder zu 50 % als Küchenmitarbeiterin (siehe act. G 31-27) – mit der Einschätzung von Dr. M.\_\_\_\_ überein. Aus diesem Grund scheint es im vorliegenden Fall gerechtfertigt, das Wiedererlangen der Teilarbeitsfähigkeit auf die Zeit nach Abschluss des Aufbautrainings festzusetzen. Die Beschwerdeführerin ist somit in der Zeit von September 2010 bis November 2011 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in jeglicher Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig gewesen. Auch die Einschätzung von Dr. M.\_\_\_\_, dass die Beschwerdeführerin ab Januar 2012 in einer adaptierten Tätigkeit wieder zu 50 % arbeitsfähig gewesen ist, überzeugt angesichts der von ihm erhobenen Symptome (insbesondere Konzentrationsstörungen, gesteigerte Ermüdbarkeit und Störungen der Affektqualitäten) und der daraus resultierenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit („Beeinträchtigung der Einzelfähigkeiten „Aufmerksamkeit fokussieren“, „die tägliche Routine durchführen“ und „mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen“). Sie stimmt auch mit der Beurteilung des behandelnden Psychiaters Dr.



D.\_\_\_\_ überein. Die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit hat somit ab Dezember 2011 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit 50 % betragen.

3.

3.1 Somit bleibt noch der Einkommensvergleich vorzunehmen. Die Beschwerdeführerin hat sich im Februar 2011 zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet. Gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG (sechsmonatige Wartefrist) hätte sie frühestens ab dem 1. August 2011 Anspruch auf eine IV-Rente. Allerdings ist die Beschwerdeführerin erst seit dem 1. September 2010 in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, weshalb das Wartejahr erst zu diesem Zeitpunkt zu laufen begonnen hat und demnach erst am 31. August 2011 abgelaufen ist. Die Beschwerdeführerin hat somit frühestens ab 1. September 2011 einen Anspruch auf eine IV-Rente. Der Einkommensvergleich ist daher anhand der (hypothetischen) Einkommenszahlen des Jahres 2011 vorzunehmen. Die Beschwerdeführerin hat vor Eintritt des Gesundheitsschadens als Mitarbeiterin Kasse im Detailhandel gearbeitet. Gemäss eigenen Angaben hat sie in N.\_\_\_\_ eine Ausbildung zur Hochbauzeichnerin und eine Ausbildung zur Verkäuferin absolviert. Die Tätigkeit als Hochbauzeichnerin fällt als Validenkarriere nicht in Betracht, da sie gar nie auf diesem Beruf gearbeitet hat (act. G 31-26) und ihre Arbeitsfähigkeit deshalb in diesem Beruf auch als Gesunde nicht mehr verwerten könnte, da sie diese Ausbildung in den Achtzigerjahren absolviert hat und sich der Beruf seither aufgrund der gewaltigen technischen Fortschritte stark verändert hat. Bis zu ihrem 40. Lebensjahr hat die Beschwerdeführerin in langjährigen Anstellungen im Service gearbeitet. Ab August 2009 ist sie dann als Mitarbeiterin Kasse im Detailhandel tätig gewesen. Die Beschwerdeführerin hat somit offenbar auch nie im erlernten Beruf der Verkäuferin gearbeitet, zumal für die Tätigkeit als Mitarbeiterin Kasse keine Verkaufslehre erforderlich ist. Die Beschwerdeführerin hätte somit im Verfügungszeitpunkt auch als Gesunde keine Anstellung als gelernte Verkäuferin mehr gefunden, da sie die Ausbildung vor über 20 Jahren abgeschlossen hat und keine Berufserfahrung vorweisen kann. Die Beschwerdeführerin ist in der Schweiz stets als Hilfsarbeiterin tätig gewesen, weshalb die Validenkarriere einer Hilfsarbeit entspricht. Die Beschwerdeführerin hat zuletzt, d.h. im Jahr 2010, ein monatliches Bruttoeinkommen von Fr. 3'750.-- (zzgl. 13. Monatslohn) erwirtschaftet, was einem Jahreseinkommen von Fr. 48'750.-- entspricht. Der durchschnittliche Lohn einer



Hilfsarbeiterin hat im selben Jahr, aufgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.6 Stunden, etwas höher gelegen, nämlich bei Fr. 52'728.-- (siehe Anhang 2 der Lohnentwicklung der IVG-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2015). Die Beschwerdeführerin hat somit lediglich einen unterdurchschnittlichen Hilfsarbeiterinnenlohn erzielt. Es ist davon auszugehen, dass sie nicht freiwillig zu einem unterdurchschnittlichen Lohn gearbeitet hat, sondern aufgrund der Wirtschaftslage keine besser bezahlte Arbeitsstelle gefunden hat. Dem Valideneinkommen ist daher nicht das zuletzt erzielte, unterdurchschnittliche Erwerbseinkommen als Mitarbeitern Kasse zugrunde zu legen, sondern der Lohn, den die Beschwerdeführerin bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage hätte erzielen können, nämlich der durchschnittliche Lohn einer Hilfsarbeiterin. Als Invalidenkarriere kommt ebenfalls nur eine Hilfsarbeit in Frage. Eine Umschulung in eine höherwertige Tätigkeit fällt krankheitsbedingt von vornherein nicht in Betracht. Da das Validen- und das Invalideneinkommen anhand des durchschnittlichen Einkommens einer Hilfsarbeiterin zu ermitteln sind, erübrigt sich deren genaue Ermittlung, da der Invaliditätsgrad in solchen Fällen dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn entspricht (sog. Prozentvergleich). Die Beschwerdeführerin arbeitet zwischenzeitlich wieder zu 50 % als Hilfsarbeiterin (Küchenmitarbeiterin). Der Arbeitgeber weiss nicht, dass sie an Depressionen leidet. Er hat ihr sogar angeboten, das Pensum von 50 auf 70 % zu erhöhen (act. G 31-27). Der Arbeitgeber scheint somit zufrieden zu sein mit den Leistungen der Beschwerdeführerin, die sie im Pensum von 50 % erbringt. Hieraus kann geschlossen werden, dass ihre Leistungsfähigkeit im Rahmen der 50 %igen Arbeitstätigkeit derjenigen einer gesunden Arbeitnehmerin entspricht. Vor diesem Hintergrund ist im vorliegenden Fall kein Abzug vom Tabellenlohn angezeigt. Bei einer vollen Arbeitsunfähigkeit beträgt der IV-Grad 100 % und bei einer 50 %igen Arbeitsunfähigkeit 50 %. Die Beschwerdeführerin hat somit ab dem 1. September 2011 Anspruch auf eine ganze IV-Rente. Eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist zu berücksichtigen, wenn sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV). Die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf 50 % ist per 1. Dezember 2011 zu berücksichtigen. Für den Dezember 2011, den Januar 2012 sowie den Februar 2012 ist der Invaliditätsgrad somit noch anhand der 100 %igen Arbeitsunfähigkeit zu berechnen. Die Beschwerdeführerin hat somit ab dem 1. März 2012 noch Anspruch auf eine halbe Rente.



3.2 In Gutheissung der Beschwerde ist die Verfügung vom 21. Oktober 2013 aufzuheben und der Beschwerdeführerin ist für die Dauer vom 1. September 2011 bis 28. Februar 2012 eine ganze Rente und ab dem 1. März 2012 eine halbe Rente zuzusprechen. Zur Festsetzung der Rentenhöhe sowie zur Ausrichtung der geschuldeten Leistungen ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.

4.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Aufgrund des mit der Einholung des Gerichtsgutachtens verbundenen Zusatzaufwandes erscheint eine Gerichtsgebühr von Fr. 1'000.-- in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der Beschwerdeführerin ist der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückzuerstatten.

4.2 Die Kosten des Gerichtsgutachtens haben sich auf insgesamt Fr. 8'655.40 (Fr. 8'517.-- + Fr. 138.40) belaufen. Angesichts des von Dr. M. \_\_\_ getätigten Aufwands ist die Höhe dieser Kosten angemessen. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind die Kosten für Gerichtsgutachten durch eine Medas den IV-Stellen aufzuerlegen und nach der tarifvertraglichen Regelung zu berechnen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.2). Da es sich beim in Auftrag gegebenen Gerichtsgutachten um ein monodisziplinäres Gutachten gehandelt hat, für welche keine Tarifverträge zwischen den Gutachterstellen und dem BSV bestehen, ist die oben erwähnte Praxis auf den vorliegenden Fall nicht anwendbar. Demzufolge hat die Beschwerdegegnerin die gesamten Kosten des Gerichtsgutachtens von Fr. 8'655.40 zu tragen.

4.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der



Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat keine Honorarnote eingereicht. In einem Fall mit mittlerem Aufwand und Schwierigkeitsgrad wird praxisgemäss eine Pauschalentschädigung von Fr. 3'500.-- ausgerichtet. Im vorliegenden Fall erscheint wegen des im Zusammenhang mit dem Gerichtsgutachten angefallenen Mehraufwands eine Parteientschädigung von Fr. 4'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 21. Oktober 2013 aufgehoben und der Beschwerdeführerin wird rückwirkend für die Dauer vom 1. September 2011 bis 28. Februar 2012 eine ganze Rente und ab dem 1. März 2012 eine halbe Rente zugesprochen; die Sache wird zur Ermittlung des Rentenbetrages an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- zu bezahlen; der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat die Kosten des Gerichtsgutachtens von insgesamt Fr. 8'655.40 (Fr. 8'517.-- + Fr. 138.40) zu bezahlen.

4.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 4'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.