



**Fall-Nr.:** IV 2015/380  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 06.05.2020  
**Entscheiddatum:** 19.03.2019

### **Entscheid Versicherungsgericht, 19.03.2019**

**Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Würdigung Gerichtsgutachten. Art. 45 ATSG. Auferlegung der Kosten für Gerichtsgutachten zulasten des Versicherungsträgers. Offen gelassen, ob eine Kostenauflegung zwingend einen von der Beschwerdegegnerin verschuldeten Untersuchungsmangel voraussetzt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. März 2019, IV 2015/380).**

#### **Entscheid vom 19. März 2019**

Besetzung

Versicherungsrichterin Miriam Lendfers (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Michaela Machleidt

Lehmann; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

Geschäftsnr.

IV 2015/380

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Jürg Jakob, rohner thurnherr

wiget & partner, Rosenbergstrasse 42b, 9000 St. Gallen,



## St.Galler Gerichte

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Abklärung, Rente**

**Sachverhalt**

A.

A.a Nachdem der seit 16. Juni 2005 fortlaufend behandelnde Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die Versicherte A.\_\_\_\_, geboren 1967, am 6. Juli 2010 zur Früherfassung angemeldet hatte (IV-act. 1), forderte die IV-Stelle diese auf, sich bei der Invalidenversicherung anzumelden (Schreiben vom 9. Juli 2010, IV-act. 3). In der Anmeldung vom 14. Juli 2010 führte sie aus, an Depressionen zu leiden (IV-act. 4). Dr. B.\_\_\_\_ berichtete am 9. August 2010, die Versicherte leide an sonstigen Reaktionen auf schwere Belastung (ICD-10: F43.8) und an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1). Er bescheinigte ihr deshalb eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 50 bis 70%, führte aber aus, die Versicherte werde im Rahmen ihres bisherigen Pensums (90%) als Angelernte in der Hotellerie eines Spitals und als Zeitungsverträgerin in den frühen Morgenstunden weiterhin arbeiten wollen bzw. mehr arbeiten wollen, als gesundheitlich vertretbar erscheine (IV-act. 16).

A.b Im Auftrag der IV-Stelle wurde die Versicherte am 25. Oktober 2010 bidisziplinär von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, speziell Rheumaerkrankungen, und Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachtet. Die Gutachter diagnostizierten: eine chronisch rezidivierend depressive Störung, derzeit etwa mittelgradig (seit 2005; ICD-10: F33.1), und ein lumboradikuläres sensibles Restsyndrom nach Diskushernienoperation L5/S1 links (1999; ICD-10: M51.1, M51.3 und M41.2). Diesen Leiden massen sie Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu. Die



Versicherte arbeite wieder im Hausdienst des Spitals und als Zeitungsträgerin. Sie arbeite aus finanziellen Gründen mehr als ihr eigentlich langfristig zumutbar sei mit der Wahrscheinlichkeit, ihre Kräfte zu überfordern und mittelfristig erneut dekompensierend auszufallen. Die Gutachter bescheinigten für die angestammte Tätigkeit und andere leidensangepasste Tätigkeiten eine 70%ige Arbeitsfähigkeit, wie sie seit 1. Juli 2008 verwertet worden sei. Aus psychiatrischer Sicht sei längerfristig allerdings nur eine 60%ige Arbeitsfähigkeit vertretbar (Gutachten vom 20. November 2010, IV-act. 29; zum psychiatrischen Teilgutachten vom 27. Oktober 2010 siehe IV-act. 28).

A.c Mit der Begründung, die Versicherte fülle ihre angestammten Arbeitspensum im Spital und als Zeitungsträgerin wieder aus, teilte ihr die IV-Stelle am 17. Januar 2011 die Abweisung des Gesuchs um berufliche Massnahmen mit (IV-act. 34). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (zum Vorbescheid vom 16. März 2012 siehe IV-act. 44) verfügte die IV-Stelle am 22. Mai 2012 die Abweisung des Rentengesuchs. Ausgehend von einem 90%igen Erwerbsanteil und einem 10%igen Haushaltsanteil ermittelte sie im Rahmen der gemischten Methode einen Invaliditätsgrad von 0% (IV-act. 45). Dagegen erhob die Versicherte am 25. Mai 2012 Beschwerde und brachte darin vor, ihr Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Sie sei seit drei Monaten krankgeschrieben (IV-act. 49; siehe auch die ergänzende Beschwerdebegründung vom 6. September 2012 samt diversen medizinischen Berichten, u.a. den Austrittsbericht des Psychiatrischen Zentrums E.\_\_\_\_ vom 15. Mai 2012 betreffend die Hospitalisation vom 3. April bis 7. Mai 2012 und den Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik F.\_\_\_\_ vom 6. Juli 2012 betreffend die Hospitalisation vom 9. bis 27. März 2012, IV-act. 59 f.). Am 29. Oktober 2012 widerrief die IV-Stelle die Verfügung vom 22. Mai 2012 und stellte weitere Abklärungen in Aussicht (IV-act. 65; zum Abschreibungsbeschluss des Versicherungsgerichts vom 20. November 2012, IV 2012/202, siehe IV-act. 76).

A.d G.\_\_\_\_, Sachbearbeiterin bei der IV-Stelle, meldete am 21. November 2012 intern „Verhaltensweisen/Tätigkeiten/Umstände, welche den Gesundheitsschaden in Frage stellen“, u.a. mit Hinweis darauf, dass der Ehemann im EL-Verfahren seine BVG-Rente nicht angegeben habe und die Eheleute eine Eigentumswohnung gekauft hätten, obwohl beide psychisch schwer angeschlagen sein sollen (IV-act. 73). Dr. B.\_\_\_\_ teilte am 26. Dezember 2012 mit, er halte die Versicherte seit mindestens 2008 für die meiste Zeit für 100% arbeitsunfähig. Sie habe sich unter grossem Leid und grosser



## St.Galler Gerichte

Anstrengung gezwungen, zu funktionieren; aus ärztlicher Sicht immer wieder kaum verantwortbar (IV-act. 80). Im Auftrag der IV-Stelle führten die Dres. C.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ am 9. April 2013 eine bidisziplinäre (rheumatologisch-psychiatrische) Verlaufsbeurteilung durch. Die Gutachter diagnostizierten als Leiden, welchen sie Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beimassen: ein lumboradikuläres sensibles Restsyndrom L5/S1 links nach Diskushernienoperation 1999 (ICD-10: M51.1, M51.3, M41.2); eine funktionell wirkende linksseitige diffuse Armhypoästhesie bei erhaltener Armkraft und Reflexen bei klinisch frei beweglicher, indolenter, radiologisch unauffälliger HWS; eine chronisch rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradig bis schwer, einzelne psychotische Symptome (ICD-10: F33.1/F33.2) seit 2005, zur Zeit hospitalisiert. Der psychische Gesundheitszustand der Versicherten habe sich seit der Erstbeurteilung verschlechtert. Aus somatischer Sicht sei der Gesundheitszustand unverändert geblieben. Die Gutachter bescheinigten der Versicherten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund des instabilen Gesundheitszustands empfahlen sie, in einem halben Jahr einen psychiatrischen Verlaufsbericht einzuholen (Verlaufsgutachten vom 9. April 2013, IV-act. 90; zum psychiatrischen Teilverlaufsgutachten vom 13. April 2013 siehe IV-act. 88). Die RAD-Ärztin Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vertrat in der Stellungnahme vom 13. Juni 2013 die Auffassung, es sei nicht damit zu rechnen, dass in absehbarer Zeit eine relevante Steigerung der Arbeitsfähigkeit möglich sein werde. Hinweise auf das Bestehen von suboptimalem Leistungsverhalten bzw. auf relevante Inkonsistenzen verneinte sie (IV-act. 91). Dr. med. I.\_\_\_\_, Mitarbeiter der IV-Stelle, gelangte am 9. August 2013 demgegenüber zur Auffassung, die im Verlaufsgutachten „monierte Verschlechterung“ sei unbegründet. „Wir stehen heute vor stark divergierenden funktionellen Einschätzungen des gleichen medizinischen Sachverhalts“ (IV-act. 99).

A.e Am 20. August 2013 erhielt die IV-Stelle den Austrittsbericht der Klinik J.\_\_\_\_ vom 5. August 2013, wo sich die Versicherte vom 4. April bis 31. Mai 2013 zur stationären Trauma-Behandlung befunden hatte. Die dort behandelnden medizinischen Fachpersonen diagnostizierten eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), eine rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), und episodisch einen schädlichen Substanzgebrauch (Analgetika,



## St.Galler Gerichte

Sedative, Hypnotika; ICD-10: F19.26). Die Versicherte sei arbeitsunfähig entlassen worden (IV-act. 107).

A.f Am 25. Oktober 2013 führte die IV-Stelle ein Standortgespräch mit der Versicherten durch und befragte sie zu ihren Leiden und Alltagsaktivitäten (IV-act. 112; zum vom Rechtsvertreter der Versicherten unterzeichneten Exemplar des Protokolls siehe IV-act. 121 sowie zu dessen Ergänzungen vom 25. November 2013, IV-act. 120). Im Zeitraum vom 4. September bis 16. Dezember 2013 wurde die Versicherte im Auftrag der IV-Stelle observiert (zum Observationsbericht vom 28. Januar 2014 siehe IV-act. 124; zur Würdigung der Observationsergebnisse durch Dr. med. K.\_\_\_\_, Mitarbeiterin der IV-Stelle, vom 28. Februar 2014 siehe IV-act. 127). Anlässlich eines weiteren Standortgesprächs vom 19. März 2014 konfrontierte die IV-Stelle die Versicherte mit den Observationsergebnissen (IV-act. 129).

A.g Im Verlaufsbericht vom 28. März 2014 gab der behandelnde Dr. B.\_\_\_\_ an, der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich verschlechtert. Sie befinde sich aktuell in stationärer Behandlung. Er sei informiert gewesen, dass die Versicherte Auto fahre (sei sie gesundheitlich dazu nicht in der Lage, was öfter vorkomme, lasse sie sich von einer ihrer Töchter in die Sprechstunde fahren), das Ehepaar regelmässig den Enkel betreue (oft eine Überforderung) und die Versicherte in die Türkei fahre. Er habe in der Vergangenheit Reisen und Ferientaufenthalte gefördert. Er habe auch ausdrücklich ausgedehnte Spaziergänge gefördert. Er habe mit der Versicherten über „EXIT“ als Möglichkeit zum begleiteten Suizid gesprochen. Gemeinsam mit dem Hausarzt kämpfe er seit Jahren um das Überleben der Versicherten. Ein weiterer Suizidversuch habe noch vor der Konfrontation mit der Observation stattgefunden (IV-act. 136; zur im Spital L.\_\_\_\_ vom 12. bis 13. März 2014 erfolgten Behandlung infolge Tablettenintoxikation in suizidaler Absicht am 11. März 2014 siehe IV-act. 143; zu der daran anschliessenden stationären Behandlung vom 13. März bis 4. April 2014, der tagesklinischen Behandlung vom 7. bis 8. April 2014 und der neuerlichen stationären Behandlung vom 9. bis 17. April 2014 in der Psychiatrischen Klinik F.\_\_\_\_ siehe den Austrittsbericht vom 9. Mai 2014, IV-act. 144; vgl. auch den Verlaufsbericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 13. November 2014, IV-act. 153).



## St.Galler Gerichte

A.h Im Auftrag der IV-Stelle wurde die Versicherte am 9. und 10. März 2015 durch med. pract. M.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachtet. Diese diagnostizierte keine Leiden, denen sie eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beimass. Es bestünden: eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig (voll) remittiert (ICD-10: F33.4); akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen Anteilen (ICD-10: Z73.1); psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika, Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10: F13.25). Die Arbeitsfähigkeit sei dadurch aber nicht beeinträchtigt. Aufgrund der unklaren und widersprüchlichen Aktenlage sei es nicht möglich, retrospektiv die bei ihr von den behandelnden Ärzten attestierte, bzw. die vom psychiatrischen Vorgutachter beurteilte andauernde Arbeitsunfähigkeit nachzuvollziehen und zu bestätigen. Eine andauernde Arbeitsunfähigkeit lasse sich retrospektiv nicht bestätigen. Es habe aus „gutachterlich-psychiatrischer“ Sicht noch nie eine andauernde Arbeitsunfähigkeit vorgelegen (Gutachten vom 25. April 2015, IV-act. 161). Noch bevor die Versicherte bzw. deren Rechtsvertreter Kenntnis vom Inhalt des Gutachtens erhalten hatten, monierte sie die Art und Weise der Begutachtung durch med. pract. M.\_\_\_\_ (Schreiben vom 29. April 2015, IV-act. 162). Hierzu nahm die Gutachterin am 19. Juni 2015 Stellung und bestritt die Vorwürfe der Versicherten (IV-act. 165).

A.i Mit Vorbescheid vom 11. August 2015 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht (IV-act. 170). Dagegen erhob die Versicherte am 14. September 2015 Einwand (IV-act. 172; zur Stellungnahme von Dr. B.\_\_\_\_ vom 23. September 2015 siehe IV-act. 175). Med. pract. M.\_\_\_\_ äusserte sich hierzu am 13. Oktober 2015 (IV-act. 177). Am 16. Oktober 2015 verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Rentengesuchs. Dem ermittelten 32%igen Invaliditätsgrad legte sie eine somatisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 40%, ein 90%iges Erwerbsspensum und ein 10%iges Haushaltsspensum im Gesundheitsfall zugrunde (IV-act. 178).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 16. Oktober 2015 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 16. November 2015. Die Beschwerdeführerin beantragt darin deren Aufhebung. Sie sei im Fachbereich Psychiatrie einer erneuten unabhängigen Begutachtung zu unterziehen. Die Expertenstelle sei direkt durch das angerufene



## St.Galler Gerichte

Gericht zu bestimmen. Eventualiter sei ihr basierend auf einem 43%igen Invaliditätsgrad rückwirkend ab 1. April 2011 eine Viertelsrente auszurichten. Im Wesentlichen rügt sie, dass med. pract. M.\_\_\_\_ voreingenommen und ihre Beurteilung deshalb sowie aufgrund weiterer Mängel nicht beweiskräftig sei (act. G 1).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 26. Januar 2016 die Abweisung der Beschwerde. Sie vertritt den Standpunkt, dass die Kritik der Beschwerdeführerin an der gutachterlichen Beurteilung nicht zutrefte und die Einschätzung von med. pract. M.\_\_\_\_ beweiskräftig sei (act. G 4).

B.c In der Replik vom 31. März 2016 hält die Beschwerdeführerin unverändert an ihren Beschwerdeanträgen fest (act. G 8). Sie hat mit der Replik eine unvollständige (es fehlen die Seiten mit gerader Nummerierung) Stellungnahme von Dr. B.\_\_\_\_ zum Gutachten vom 7. Januar 2016 (act. G 8.1) und den Austrittsbericht des Spitals L.\_\_\_\_ vom 24. Oktober 2015 betreffend die Hospitalisation vom 22. bis 23. Oktober 2015 infolge Mischintoxikation (act. G 8.2) eingereicht.

B.d Die Beschwerdegegnerin hat am 11. Mai 2016 ihren Verzicht auf eine Duplik mitgeteilt (act. G 10). Am 14. Dezember 2016 hat sie sich zum Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte vom 18. Oktober 2016 i.S. Vukota-Bojic gegen die Schweiz (61838/10) geäussert (act. G 12).

B.e Auf Aufforderung des Gerichts reichte die Beschwerdeführerin am 27. Februar 2018 ein vollständiges Exemplar der Stellungnahme von Dr. B.\_\_\_\_ vom 7. Januar 2016 nach (act. G 15).

B.f Nach der Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Parteien (act. G 18 ff.) beauftragte das Versicherungsgericht die asim Begutachtung, Universitätsspital Basel, am 28. Mai 2018 mit einer psychiatrischen Begutachtung (einschliesslich einer neuropsychologischen Abklärung, act. G 29). Am 9. August 2018 wurde die Beschwerdeführerin von Prof. Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt u.a. für Psychiatrie und Psychotherapie, und am 20. August 2018 von Prof. Dr. rer. nat. med. habil. Dipl.-Psych. O.\_\_\_\_, Neuropsychologe, untersucht. In der Konsensbeurteilung für ein bidisziplinäres Gutachten vom 30. Oktober 2018 vertraten die Gerichtsgutachter die Auffassung, die



Beschwerdeführerin leide an folgenden Diagnosen, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden: 1. eine rezidivierende depressive Störung, aktuell remittiert (ICD-10: F33.4); 2. sonstige Reaktionen auf schwere Belastung mit somatoformer Komponente (ICD-10: F43.8); DD anamnestisch "Komplexe posttraumatische Belastungsstörung", gutachterlich nicht zu validieren (ICD-10: F43.1); 3. psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika, Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10: F13.25). Sowohl bezogen auf die bisherigen als auch leidensangepasste Tätigkeiten bescheinigte der psychiatrische Gerichtsgutachter eine um etwa 20% eingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Darüber hinaus bestehe keine zusätzliche neuropsychologisch bedingte Arbeitsunfähigkeit. Unter Berücksichtigung des Längsschnittes sei aber eine unverzügliche Umsetzung dieser Arbeitsfähigkeit als prospektiv kontraproduktiv anzusehen. Die aktuell eingeschätzte Arbeitsfähigkeit bestehe aus bidisziplinärer Sicht zumindest seit anderthalb Jahren, vielleicht auch etwas länger durch die zumindest partielle psychosoziale Entlastung durch die Trennung vom Ehegatten (Konsensbeurteilung vom 30. Oktober 2018, act. G 30.1; zum psychiatrischen Gerichtsgutachten siehe act. G 30.2 und zum neuropsychologischen Gutachten act. G 30.3).

B.g In der Stellungnahme vom 12. Dezember 2018 beantragt die Beschwerdeführerin die Ausrichtung einer Viertelsrente ab 1. April 2011 vorläufig bis 30. Juni 2019 sowie die Durchführung eines Rentenrevisionsverfahrens ab Juli 2019. Die Gerichtsgutachter würden den Wiedereinstieg in eine Erwerbstätigkeit mit einem Pensum von 30 bis 40% empfehlen, wobei vorher die Medikamentenabhängigkeit in einem stationären Setting evaluiert werden solle. Daraus gehe hervor, dass die bescheinigte 80%ige Arbeitsfähigkeit derzeit (noch) nicht realisierbar sei (act. G 33).

B.h Die Beschwerdegegnerin beantragt am 4. Februar 2019, der Antrag um Zusprechung einer Viertelsrente sei abzuweisen und auf den Antrag auf die Durchführung einer Rentenrevision ab Juli 2019 sei nicht einzutreten. Die Frage nach einer zukünftigen Rentenrevision bilde nicht Gegenstand des Beschwerdeverfahrens. Der psychiatrische Gerichtsgutachter betone, die rezidivierenden depressiven Episoden seien sehr wahrscheinlich psychosozial ausgelöst worden. Psychosoziale Belastungsfaktoren würden invalidenversicherungsrechtlich einen Ausschlussgrund darstellen, weshalb die durch sie verursachten und unterhaltenen Einschränkungen der



Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt werden dürfen. Vor diesem Hintergrund rechtfertigt es sich vorliegend nicht, eine relevante Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Der Gerichtsgutachter erachte es als ausgesprochen schwierig, den Verlauf der Arbeitsfähigkeit zu beurteilen. Allenfalls sei es möglich, nicht jedoch überwiegend wahrscheinlich, dass früher eine relevante Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Damit sei davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin noch nie eine andauernde Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. Die Beschwerdeführerin habe ihre gutachterlich ausgewiesene Arbeitsfähigkeit seit Jahren nicht mehr verwertet. Damit habe sie ihre Schadenminderungspflicht verletzt. Die Notwendigkeit einer schrittweisen Wiedereingliederung wäre nicht entstanden, wenn sie ihrer Schadenminderungspflicht nachgekommen wäre. Damit sei sie so zu stellen, wie wenn sie ihre Arbeitsfähigkeit seit Jahren vollumfänglich verwerten würde. Wegen der Parallelisierung der Vergleichseinkommen resultiere selbst bei Annahme einer 40%igen Arbeitsfähigkeit kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Die Beschwerdeführerin anerkenne zudem, dass sie als Gesunde nur in einem Teilpensum von 90% erwerbstätig wäre, was zu einem noch tieferen Invaliditätsgrad führe (act. G 36).

### Erwägungen

1.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Wie die Beschwerdeführerin bereits im Einwand vom 14. September 2015 zutreffend dargelegt hat (IV-act. 172-2), ist die das Rentengesuch abweisende Verfügung vom 22. Mai 2012 (IV-act. 45) am 29. Oktober 2012 von der Beschwerdegegnerin widerrufen worden (IV-act. 65). Diese Verfügung hat somit keine rechtliche Bedeutung mehr. Sie hat deshalb auch keine Auswirkung auf die Prüfung des vorliegend Gegenstand bildenden, am 14. Juli 2010 angemeldeten Rentengesuchs (IV-act. 4). Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (IV-act. 178-3) ist folglich nicht massgebend, ob seit der Verfügung vom 22. Mai 2012 eine wesentliche Veränderung eingetreten ist. Vielmehr ist eine umfassende Beurteilung eines erstmaligen Rentengesuchs vorzunehmen. Nicht Gegenstand der vorliegend erstmaligen Prüfung des Rentengesuchs bilden allfällige spätere Revisionen, weshalb



auf den entsprechenden Antrag der Beschwerdeführerin (act. G 33, Antrag lit. b) nicht einzutreten ist.

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.2 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 des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, 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 (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Bezüglich Gerichtsgutachten hat



die Rechtsprechung ausgeführt, das Gericht weiche "nicht ohne zwingende Gründe" von den Einschätzungen der medizinischen Experten ab. Auch der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat diesbezüglich erwogen, der Meinung eines von einem Gericht ernannten Experten komme bei der Beweiswürdigung vermutungsweise hohes Gewicht zu (BGE 135 V 469 f. E. 4.4 mit Hinweisen).

2.

Zwischen den Parteien ist zunächst die Frage umstritten, ob der Sachverhalt in psychiatrischer Hinsicht im Verwaltungsverfahren spruchreif abgeklärt wurde. Die Beschwerdegegnerin stützt die angefochtene Verfügung auf das psychiatrische Gutachten von med. pract. M.\_\_\_\_ vom 25. April 2015 (IV-act. 161; siehe auch deren Stellungnahmen vom 19. Juni 2015, IV-act. 165, und vom 13. Oktober 2015, IV-act. 177). Die Beschwerdeführerin hält dieses aus verschiedenen Gründen nicht für beweiskräftig (act. G 1 und G 8).

2.1 Bei der Würdigung der Beurteilung von med. pract. M.\_\_\_\_ fällt zunächst auf, dass sie die Beschwerdeführerin komplett anders als die mit der Beschwerdeführerin zuvor befassten medizinischen Fachpersonen wahrgenommen hat. Der Eindruck einer Dissimulation habe sich „mit Sicherheit“ nicht ergeben. Vielmehr sei bei der Beschwerdeführerin über Verdeutlichungstendenzen der Beschwerden hinausgehend auch der Eindruck von ausgeprägten Aggravationstendenzen und darüber hinaus - zumindest in Bezug auf einige der geschilderten Beschwerden - auch von bewussten Täuschungstendenzen entstanden (IV-act. 161-38 oben). Die aktenkundigen fachärztlichen Angaben zur Dissimulation hält sie für eine Fehlinterpretation (IV-act. 161-46). Med. pract. M.\_\_\_\_ sprach zudem von einer auffallenden Dramatisierung (IV-act. 161-39 unten), theatralischem sowie manipulativem Verhalten und einer Suggestibilität (IV-act. 161-45).

2.1.1 Die Ausführungen von med. pract. M.\_\_\_\_ setzen sich inhaltlich kaum mit den davon abweichenden Angaben der zuvor mit der Beschwerdeführerin befassten medizinischen Fachpersonen auseinander. Insbesondere beinhalten sie keine Auseinandersetzung mit der seit 16. Juni 2005 fortlaufend durchgeführten psychiatrischen Behandlung durch Dr. B.\_\_\_\_ und dessen Einschätzung. Im Bericht vom



9. August 2010 führte er aus, die Beschwerdeführerin leide seit Jahren an schweren bestehenden Spannungszuständen, „psychisch mit schwersten Schlafstörungen, Alpträumen, verfolgende halluzinatorische Erlebnisse [...]“ sowie an einer chronischen Suizidalität. Die Beschwerdeführerin sei „mit äusserster Konsequenz bemüht, ihre Schwäche zu überspielen, voller Scham- und Schuldgefühle“. Sie neige zur Selbstüberforderung. „Verzweifelte Grundstimmung, die sie nach Möglichkeit überspielt“. Die Beschwerdeführerin habe grosse Angst, den Arbeitgeber über die Einschaltung der IV zu informieren. Sie werde bis auf Weiteres das volle Pensum arbeiten wollen (zum Ganzen IV-act. 16-1 f.; vgl. auch die Angaben von Dr. B. \_\_\_ in IV-act. 80-3). Trotz dieser seit Jahren bestehenden Einschränkungen (siehe IV-act. 16-4) und entgegen dem von med. pract. M. \_\_\_ unterstellten manipulativen Verhalten liess es die Beschwerdeführerin offenbar an einem Interesse nach dauerhaften sozialversicherungsrechtlichen Ersatzeinkünften fehlen. Vielmehr strebte sie den Verbleib im Erwerbsleben an. Dies wird durch die bis dahin geringe Anzahl krankheitsbedingter Absenzen bestätigt, worauf Dr. B. \_\_\_ im Bericht vom 9. August 2010 hingewiesen hat („bisher mit vorübergehender Arbeitsunfähigkeit; insgesamt bemerkenswert wenig“, IV-act. 16-2). Hinzu kommt, dass diese Sichtweise im bidisziplinären Erstgutachten vom 20. November 2010 bestätigt wurde (IV-act. 29-9 und IV-act. 28-5), insbesondere auch unter dem Aspekt der Dissimulation verbunden mit dem Hinweis „Arbeit als Flucht von zu Hause“ (IV-act. 29-12 Mitte; siehe auch IV-act. 29-13 und IV-act. 29-14 je Mitte). Aus dem Austrittsbericht des Psychiatrischen Zentrums E. \_\_\_ vom 15. Mai 2012 ergibt sich ausserdem, dass die Beschwerdeführerin unregelmässig Temesta in Mengen bis zu 12 mg pro Tag eingenommen hatte, „um ihren übermässigen Arbeitsanforderungen stand zu halten“ (IV-act. 60-8; zum zusätzlichen erheblichen Laxantien-Abusus siehe IV-act. 60-8 Mitte; zum hohen Medikamentenkonsum, um funktionsfähig zu bleiben, siehe auch IV-act. 80-3). Im Rahmen der Verlaufsbeurteilung vom 9. April 2013 stellte Dr. D. \_\_\_ ein „starkes Bemühen, angepasst und freundlich aufzutreten“ fest. Innerlich sei die Beschwerdeführerin angespannt, freudlos, ihre Beschwerden „offensichtlich dissimulierend“ (IV-act. 88-7). Schliesslich wurde das dissimulierende Verhalten der Beschwerdeführerin versicherungsmedizinisch von der RAD-Ärztin Dr. H. \_\_\_ bestätigt (Stellungnahme vom 13. Juni 2013, IV-act. 91). Die damals von den medizinischen Fachpersonen einhellig festgestellte dissimulierende Tendenz lässt sich auch mit dem



subjektiven Eindruck der Eingliederungsverantwortlichen anlässlich des Gesprächs vom 16. September 2010 vereinbaren (die Beschwerdeführerin sei „sehr freundlich und zuvorkommend gewesen“ und habe mit Freude wieder von der Arbeit im Bürgerspital und als Zeitungsverträgerin erzählt; sie wünsche keinen Kontakt zu ihrem Arbeitgeber und möchte ihre Vorgesetzten nicht noch mehr mit ihrer Situation strapazieren, IV-act. 32-3). Hingegen ergeben sich aus diesen Vorakten keine Hinweise für eine dramatisierende oder gar eine manipulierende Leidenspräsentation. Solche benennt denn auch med. pract. M.\_\_\_\_ nicht konkret. Vielmehr erweist sich nach dem Gesagten deren nicht näher begründete Aussage, weder Dr. B.\_\_\_\_ noch Dr. D.\_\_\_\_ „hätten bei der Explorandin eine verringernde und/oder herunterspielende Darstellung von Beschwerden“ beschrieben, als aktenwidrig. Med. pract. M.\_\_\_\_ legt ferner auch nicht konkret dar, welches Verhalten der Beschwerdeführerin als „theatralisch“ zu werten ist (IV-act. 161-45).

2.1.2 Fragen an der Einschätzung von med. pract. M.\_\_\_\_ werfen des Weiteren die Eindeutigkeit und zweifellosen Formulierungen auf, mit der sie sich ausdrückt (der Eindruck einer Dissimulation von Beschwerden ergab sich „mit Sicherheit nicht“, IV-act. 161-38 oben; bei der angenommenen „Dissimulationsneigung“ müsse also von einer „Fehlinterpretation“ des Begriffs „Dissimulation“ ausgegangen werden, IV-act. 161-46). Das verträgt sich schlecht mit der Tatsache, dass eine ganze Reihe - allesamt ebenfalls fachkompetenter, zum Teil im Rahmen stationärer oder langjähriger Behandlungen mit der Beschwerdeführerin befasste - psychiatrische Fachpersonen einhellig und begründet zu gegenteiligen Schlüssen gelangt sind (siehe vorstehende E. 2.1.1). Med. pract. M.\_\_\_\_ täuscht gerade auch bezüglich der retrospektiven Einschätzung eine Sicherheit vor, die es in solchen Belangen von der Natur der Sache her nicht geben kann (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 9. August 2006, I 391/06, E. 3.2.2).

2.1.3 Zwar bestehen teilweise diskrepante anamnestische Angaben etwa bezüglich der Umstände der Eheschliessung oder der Todesursache eines der Brüder der Beschwerdeführerin (vorsätzliche Tötung oder Suizid), worauf med. pract. M.\_\_\_\_ zutreffend hinweist (IV-act. 161-39). Allerdings ist nicht ersichtlich, dass diese Umstände eine relevante Stellung in der Leidenspräsentation der Beschwerdeführerin



einnehmen würden. Die Beschwerdeführerin leidet - wie aus den Vorakten hervorgeht - namentlich an den Auswirkungen der psychischen Erkrankung des Ehemannes (IV-act. 161-24 f.), wofür dieser offenbar seit 2000 eine IV-Rente bezieht (IV-act. 161-27). Von Bedeutung ist ausserdem, dass die Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung durch med. pract. M.\_\_\_\_ eine eher entdramatisierende Tendenz aufweisen. So machte sie von sich aus darauf aufmerksam, dass sich das Verhalten des Ehegatten verbessert habe (IV-act. 161-25 und IV-act. 161-30 oben) und die Eheschliessung ohne äusseren Zwang erfolgt sei bzw. sie sich gegen die ablehnende Haltung der Mutter durchgesetzt habe (IV-act. 161-27).

2.2 Die Auffassung von med. pract. M.\_\_\_\_, die in den Vorakten festgehaltene Anorexie habe gemäss den Kriterien der ICD-10 bei der Beschwerdeführerin „noch nie“ vorgelegen (IV-act. 161-48), hält einer näheren Prüfung nicht stand. Zum einen begründet sie nicht, weshalb die in den Vorakten auftauchende Diagnose "Anorexie", die lediglich einen Appetitverlust voraussetzt (ICD-10: R63.0; <<http://www.icd-code.de/icd/code/R63.0.html>>; abgerufen am 15. Februar 2019), damals falsch gewesen wäre. Andererseits wird die Anorexie bzw. ein Appetitverlust in mehreren Vorakten plausibel beschrieben. So gab Dr. B.\_\_\_\_ im Bericht vom 5. April 2014 an, seit ca. Anfang 2013 sei eine schleichende anorektische Symptomatik eingetreten, die sich im Dezember 2013 verschärft habe (IV-act. 136-5). Im Austrittsbericht der Klinik J.\_\_\_\_ vom 5. August 2013 wurde festgehalten, es lägen Ekelgefühle und Appetitstörungen vor (IV-act. 138-5). Dr. Keller berichtete am 11. August 2014 u.a. von einem Gewichtsverlust und einer Inappetenz unklarer Ätiologie (IV-act. 150-2; siehe auch den Bericht des Spitals L.\_\_\_\_ vom 17. März 2014, IV-act. 143-1). Der kategorische Ausschluss einer früher vorliegenden Anorexie durch med. pract. M.\_\_\_\_ ist im Licht dieser Umstände nicht nachvollziehbar, auch wenn der von der Beschwerdeführerin angegebene hohe Gewichtsverlust von 30 bzw. 33 kg nicht dokumentiert ist.

2.3 Med. pract. M.\_\_\_\_ stellt auch die Suizidalität der Beschwerdeführerin in Frage und führte aus, gemäss der Aktenlage sei lediglich ein Suizidversuch „dokumentiert“ und zwar ein Suizidversuch mit Tabletten im März 2014 (IV-act. 161-42). Diese Aussage erweist sich insoweit als aktenwidrig, als Dr. B.\_\_\_\_ am 12. Juni 2012 berichtete, die suizidgefährdete Beschwerdeführerin habe kürzlich in einer suizidalen Krise versucht, sich die Pulsadern zu öffnen (IV-act. 60-10). Des Weiteren wies er bereits am 27.



## St.Galler Gerichte

Dezember 2005 darauf hin, dass die Neigung der Beschwerdeführerin gross sei, auf zwischenmenschliche Konflikte in der Familie mit schweren Selbstvorwürfen und suizidalen Phantasien zu reagieren (IV-act. 14-18). Im Verlaufsbericht vom 13. November 2014 gab er an, die Beschwerdeführerin sei "hochsuizidal" (IV-act. 153-1). Die während der Hospitalisation im Psychiatrischen Zentrum E.\_\_\_\_ vom 3. April bis 7. Mai 2012 behandelnde Oberärztin berichtete, es sei mehrfach spontan und unerwartet zu suizidalen Krisen gekommen, in denen die Beschwerdeführerin intensiv den Drang verspürt habe, aus dem Fenster zu springen (IV-act. 60-8). Des Weiteren legt med. pract. M.\_\_\_\_ nicht konkret dar, inwiefern die von der Beschwerdeführerin geschilderten Suizidversuche (siehe etwa IV-act. 107-2) an inneren Widersprüchen leiden bzw. aus anderen Gründen nicht glaubhaft sind. Vielmehr decken sie sich mit den Angaben im psychiatrischen Gutachten (IV-act. 161-26). Im Übrigen hat sich die Beschwerdeführerin in besseren Gesundheitsphasen von Suizidgedanken distanziert (IV-act. 107-4 unten).

2.4 Nachdem in den medizinischen Vorakten wiederholt Einschränkungen der Konzentrationsfähigkeit und des Auffassungsvermögens berichtet wurden (siehe etwa IV-act. 16-4, IV-act. 28-7 und IV-act. 88-7), ist nicht verständlich, dass med. pract. M.\_\_\_\_ auf eine umfassende Abklärung von kognitiven Einschränkungen allein mit der Begründung verzichtet hat, dass sich anlässlich der jeweils rund zweistündigen Untersuchung innerhalb von zwei Tagen keine kognitiven Defizite gezeigt hätten (IV-act. 161-38 oben) und daher von weiteren Untersuchungen kein Zugewinn an Erkenntnissen hätte erwartet werden können (IV-act. 161-38 unten; siehe auch IV-act. 161-54). Dies gilt vorliegend umso mehr, als sich bei der Erstbegutachtung durch Dr. D.\_\_\_\_ erst im Rahmen von Zusatzuntersuchungen Hinweise auf kognitive Einschränkungen gezeigt hatten (IV-act. 28-5 und IV-act. 28-6 unten; siehe auch die damit einhergehenden Feststellungen anlässlich der Verlaufsbeurteilung in IV-act. 88-5). Die von med. pract. M.\_\_\_\_ unterstellten Inkonsistenzen und Diskrepanzen stehen im Widerspruch zu den Vorgutachten und den Einschätzungen der - teilweise stationär - behandelnden medizinischen Fachpersonen. Wie die Beschwerdeführerin zu Recht rügt (act. G 1, Rz 35k), erweckt deshalb vorliegend der gänzliche Verzicht auf Zusatzuntersuchungen und symptomvalidierende Tests Zweifel an der Aussagekraft des psychiatrischen Gutachtens.



2.5 Nach dem Gesagten bestehen erhebliche, von der Beschwerdeführerin bereits im Einwand vom 14. September 2015 (IV-act. 172) zu Recht geäusserte Zweifel an der Beurteilung von med. pract. M.\_\_\_\_, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann. Es kann offen bleiben, ob die weitere Kritik der Beschwerdeführerin zutreffend ist.

3.

Zu prüfen ist des Weiteren, ob nunmehr durch das psychiatrisch-neuropsychologische Gerichtsgutachten vom 30. Oktober 2018 (act. G 30.1) die von der Beschwerdeführerin geklagten psychischen Leiden spruchreif abgeklärt worden sind.

3.1 Bei der Würdigung des Gerichtsgutachtens fällt ins Gewicht, dass es auf eigenständigen gründlichen Abklärungen beruht und für die streitigen psychischen Belange umfassend ist. Die medizinischen Vorakten wurden verwertet und diskutiert. Insbesondere haben sich die Gerichtsgutachter ausführlich und schlüssig mit abweichenden Beurteilungen auseinandergesetzt. Die von der Beschwerdeführerin geklagten Leiden wurden berücksichtigt und nachvollziehbar im Rahmen u.a. einer ausführlichen Konsistenz- und Ressourcenprüfung gewürdigt. Die vorgenommene Arbeitsfähigkeitsschätzung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Des Weiteren bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass objektiv wesentliche Tatsachen nicht berücksichtigt worden wären. Die Parteien bringen denn auch keine Mängel am Gerichtsgutachten vor (vgl. act. G 33 und act. G 36). In medizinischer Hinsicht ist deshalb davon auszugehen, dass die psychischen Leiden der Beschwerdeführerin zu einer 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen.

3.2 Hinsichtlich des retrospektiven Verlaufs führte der psychiatrische Gerichtsgutachter aus, es sei im Jahr 2012 zu einem "Switch" gekommen von einer in das Normalpsychologische reichenden Erschöpfungssymptomatik mit dann auch dokumentierten depressiven Episoden im Rahmen von Krisen zu einer schwerer wiegenden psychischen Störung mit einer breiteren Beschwerdesymptomatik, die aus psychiatrischer Sicht anhand der vorliegenden Dokumente und Informationen jedoch nicht ausreichend nachvollziehbar sei. Des Weiteren verwies der psychiatrische Gerichtsgutachter auf teilweise Diskrepanzen zwischen der Selbsteinschätzung der



Beschwerdeführerin und der Einschätzung vereinzelter psychiatrischer Fachpersonen. Zudem berücksichtigte er Hinweise auf Ressourcen, die sich aus den zahlreichen Echtzeitdokumenten ergäben. In Berücksichtigung der mit retrospektiven Einschätzungen zwangsläufig verbundenen Unsicherheiten gelangte er zum Schluss, dass die aktuell geschätzte Arbeitsfähigkeit "zumindest seit anderthalb Jahren" bestehe (act. G 30.1, S. 7 f.). Das Ausmass der bis heute ausgestellten Krankschreibungen sei insgesamt nicht nachvollziehbar und nach allen vorliegenden Informationen eher kontraproduktiv, zumal die Berufstätigkeit in der Vergangenheit immer auch Stabilität geschafft habe (act. G 30.1, S. 11). Mit Blick darauf, dass der psychiatrische Gutachter nach dem Gesagten u.a. eine tiefe Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin sowie mehrere Unklarheiten in den medizinischen Vorakten erkannte, kann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass - abgesehen von kürzeren, vorübergehenden Krisen - keine höhere Arbeitsunfähigkeit bestand. Zumindest benennt der psychiatrische Gerichtsgutachter plausibel Zweifel an den in den Vorakten bescheinigten Arbeitsunfähigkeiten. Jedenfalls können nach Vorliegen des umfassenden Gerichtsgutachtens von neuerlichen psychiatrischen Abklärungen keine weitergehenden Erkenntnisse mehr erwartet werden (antizipierende Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 2. April 2015, 8C\_924/2014, E. 4.3). Selbst wenn davon ausgegangen würde, der Sachverhalt liesse den mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gezogenen Schluss, dass retrospektiv keine andauernde höhere Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bestanden habe, nicht zu, hätte die Beschwerdeführerin die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen.

3.3 Die Beschwerdeführerin bringt vor, die Gerichtsgutachter hätten den Wiedereinstieg in die Erwerbstätigkeit mit einem Pensum von 30 bis 40% empfohlen, wobei vorher die Medikamentenabhängigkeit in einem stationären Setting evaluiert werden solle. Daraus gehe hervor, dass die bescheinigte 80%ige Arbeitsfähigkeit derzeit (noch) nicht realisierbar sei (act. G 33, Rz 3). Diesbezüglich gilt es das Folgende zu beachten:

3.3.1 Der Gerichtsgutachter führte aus, unter Berücksichtigung des Längsschnitts in Kenntnis der sehr wahrscheinlich psychosozial ausgelösten rezidivierenden depressiven Episoden sehe er eine unverzügliche Umsetzung der bescheinigten



Arbeitsfähigkeit als prospektiv kontraproduktiv an, zumal der Eindruck entstehe, dass die Beschwerdeführerin nach der Trennung vom Ehemann erstmalig mit einer psychosozialen Förderung eine Stabilität erreichen könne. Diese Stabilität könne die Entstehung neuer depressiver Episoden verhindern. Nach oder sogar parallel zu einer solchen Stabilisierung durch psychosoziale Massnahmen würde dann eine Umsetzung der oben gesehenen Arbeitsfähigkeit in ambulant-psychiatrischer Begleitung möglich sein. Eine schrittweise Umsetzung der Arbeitsfähigkeit, beginnend vielleicht mit der von der Beschwerdeführerin selbst aktuell gesehenen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 30 bis zu 40% könnte auch hilfreich sein (act. G 30.1, S. 6). Bei diesen zentral mit Blick auf die psychosozialen Umstände (Verhältnis zum Ehegatten) vorgenommenen Ausführungen handelt es sich im Wesentlichen um die Beschreibung möglichst günstiger Verhältnisse für einen optimalen Wiedereinstieg in den realen Arbeitsmarkt bzw. für die Umsetzung der Resterwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer Anfangsphase. Im beschränkt auf den vorübergehenden Zeitraum eines beruflichen Wiedereinstiegs aus psychosozialen Gründen empfohlenen Umfang der zunächst umzusetzenden Arbeitsfähigkeit kann keine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit im Sinn von Art. 7 Abs. 1 und Art. 8 Abs. 1 ATSG erblickt werden. In damit zu vereinbarender Weise gab der Gerichtsgutachter an, berufliche Massnahmen seien nicht zielführend, da die Beschwerdeführerin grundsätzlich in der Lage sei, ihrer Ausbildung entsprechende Tätigkeiten auf dem freien Arbeitsmarkt durchzuführen (act. G 30.1, S. 10). Von Bedeutung ist ausserdem, dass gerade die "Berufstätigkeit" der Beschwerdeführerin in der Vergangenheit "immer auch" - gerade im Verhältnis zum Ehegatten (IV-act. 161-29 Mitte) - Stabilität schaffte (act. G 30.1, S. 11). Deshalb ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Verwertung der bescheinigten 80%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht zugemutet werden könnte bzw. destabilisierende Wirkungen verursachen würde. Nicht leichthin nachvollziehbar ist in diesem Zusammenhang, dass der Gerichtsgutachter bezüglich des optimalen Wiedereinstiegs auf die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin abstellt, äusserte er sich doch kritisch gegenüber den Arbeitsfähigkeitsschätzungen der behandelnden medizinischen Fachpersonen. So gab er an, das Ausmass der bis heute durchgeführten Krankschreibungen sei insgesamt nicht nachvollziehbar und nach allen vorliegenden Informationen eher kontraproduktiv (act. G 30.1, S. 11). Ob - wie die



Beschwerdegegnerin vorbringt (act. G 36) - bezüglich des Wiedereinstiegs in eine Erwerbstätigkeit eine Schadenminderungspflichtverletzung seitens der Beschwerdeführerin vorliegt, kann nach dem Gesagten offenbleiben.

3.3.2 Des Weiteren empfahl der Gerichtsgutachter, vor der Umsetzung einer jeglichen Arbeitsfähigkeit die Medikamentenabhängigkeit in einem stationären Setting zu evaluieren. Auch wenn die Beschwerdeführerin aktuell im Querschnitt adaptiert erscheine, sei eine solche Klärung medizinisch indiziert. Eine Entzugsbehandlung solle fachärztlich evaluiert werden. Insbesondere bei der Nutzung von Maschinen und bei Exposition in Gefahrenbereichen sei dies zwingend erforderlich (act. G 30.1, S. 6). Weder aus diesen Ausführungen noch dem übrigen Gerichtsgutachten geht hervor, dass der Medikamentenkonsum der Beschwerdeführerin über die bescheinigte Arbeitsunfähigkeit hinaus zu einer zusätzlichen quantitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führt. Aufgrund der Ergebnisse der neuropsychologischen Begutachtung kann namentlich nicht davon ausgegangen werden, dass relevante kognitive Defizite bestehen (siehe das neuropsychologische Teilgutachten vom 12. September 2018, act. G 30.3, S. 14 am Schluss). Die empfohlene Abklärung der Medikamentenabhängigkeit steht im Zusammenhang mit der Einstellung des nach der Sicht der beiden Gerichtsgutachter nicht (mehr) indizierten, quantitativ nicht einzuschätzenden Benzodiazepingebrauchs durch die Beschwerdeführerin (act. G 30.1, S. 10). Sie zielt damit nicht auf die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit ab.

3.3.3 Nach dem Gesagten ist somit davon auszugehen, dass die aus psychiatrischer Sicht bescheinigte 80%ige Arbeitsfähigkeit ohne weitere befähigende Massnahmen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt erwerblich umgesetzt werden könnte. Ob diese Arbeitsfähigkeit invalidenversicherungsrechtlich für die Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit relevant ist, was die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf psychosoziale Umstände in Abrede stellt (act. G 36), kann offenbleiben. Denn selbst wenn dies bejaht würde, führte dies nicht zu einer Erhöhung der von Dr. C.\_\_\_\_ bescheinigten Arbeitsunfähigkeit (siehe hierzu nachstehende E. 4).

4.



Gemäss der rheumatologischen Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ verfügt die Beschwerdeführerin über eine 60%ige Arbeitsfähigkeit (Verlaufsgutachten vom 9. April 2013, IV-act. 90-11). Dieser Beurteilung schloss sich Dr. K.\_\_\_\_ an (Stellungnahme vom 12. Mai 2015, IV-act. 163-3). Wie sich der Stellungnahme von Dr. K.\_\_\_\_ vom 12. Mai 2015 (IV-act. 163-3) entnehmen lässt, führen die jeweils psychiatrisch bzw. rheumatologisch bescheinigten Arbeitsunfähigkeiten im Rahmen einer Gesamtbetrachtung nicht zu einer (teil-)additiven Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Auszugehen ist damit von einer mindestens 60%igen Arbeitsfähigkeit bezogen auf leidensangepasste Tätigkeiten. Dabei kann offenbleiben, ob die von Dr. C.\_\_\_\_ - hauptsächlich wegen eines syndromalen Leidens (lumboradikuläres sensibles Restsyndrom L5/S1 links sowie funktionell wirkende linksseitige diffuse Armhypoästhesie) - bescheinigte Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 90-8) überhaupt eine Erwerbsunfähigkeit im Sinn von Art. 7 Abs. 1 und 2 ATSG zu begründen vermag (vgl. hierzu BGE 141 V 281), da selbst bejahendenfalls kein rentenbegründender Gesamtinvaliditätsgrad resultiert (siehe nachstehende E. 5).

5.

Ausgehend von einer höchstens 40%igen Arbeitsunfähigkeit verbleibt die Bestimmung des Invaliditätsgrads. Zwischen den Parteien ist unbestritten, dass die Beschwerdegegnerin als zu 90% Erwerbstätige und zu 10% im Haushalt tätige zu qualifizieren ist (act. G 1, S. 19, IV-act. 172-6, act. G 36 und IV-act. 178).

5.1 Die im Gerichtsgutachten aus psychischen Gründen (act. G 30.1, S. 6 und S. 10 Mitte) und auch die von Dr. C.\_\_\_\_ bescheinigte Arbeitsfähigkeit (IV-act. 90-10 f.; siehe auch die Stellungnahme von Dr. K.\_\_\_\_, IV-act. 163-2 sowie die Ausführungen der Beschwerdeführerin in act. G 1, Rz 38) bezog sich sowohl auf die angestammte als auch eine leidensangepasste Tätigkeit. Da sich die Grundlagen für die Bestimmung des Valideneinkommens und des Invalideneinkommens demnach entsprechen, kann auf eine konkrete betragliche Bestimmung verzichtet und für den Erwerbsbereich ein Prozentvergleich vorgenommen werden. Nachdem der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit weiterhin offensteht und damit für die Verwertung der Restarbeitsfähigkeit kein Berufswechsel erforderlich ist, besteht kein Anlass für einen Tabellenlohnabzug. Die Beschwerdeführerin macht denn auch im Rahmen der von ihr



vorgenommenen Invaliditätsgradberechnung nichts Gegenteiliges geltend (act. G 1, S. 19 f.). Somit resultiert für den Erwerbsbereich ein Invaliditätsgrad von 40%. Angepasst an das 90%ige Erwerbsspensum resultiert ein im Rahmen der Gesamtinvaliditätsgradbemessung zu berücksichtigender Invaliditätsgrad von 36%.

5.2 Dr. K. \_\_\_ vertrat die Auffassung, dass die Beschwerdeführerin im Haushaltsbereich nicht eingeschränkt sei (IV-act. 163-3). Aus den übrigen medizinischen Akten lässt sich nichts Gegenteiliges entnehmen. Die Beschwerdeführerin macht ebenfalls keine Einschränkungen für den Haushaltsbereich geltend (IV-act. 172-6 und act. G 1, S. 20), womit ein nicht rentenbegründender Gesamtinvaliditätsgrad von (höchstens) 36% (36% + 0%) resultiert.

6.

6.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

6.2 Die Vergütung der Kosten für ein Gerichtsgutachten durch die IV-Stelle stützt sich nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung auf Art. 45 Abs. 1 ATSG. Dies gilt namentlich in Fällen, wo zur Durchführung der vom Gericht als notwendig erachteten Beweismassnahme an sich eine Rückweisung in Frage käme, eine solche indessen mit Blick auf die "Wahrung der Verfahrensfairness entfällt" (BGE 137 V 266 E. 4.4.2; bestätigt in BGE 143 V 277 E. 3.7 und E. 6.2.1; siehe auch anstatt vieler das Urteil des Bundesgerichts vom 10. August 2017, 9C\_348/2017, E. 2).

6.2.1 Gemäss Art. 45 Abs. 1 Satz 2 ATSG hat der Versicherungsträger die Kosten für eine nicht von ihm angeordnete Abklärungsmassnahme zu übernehmen, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden. Die gesetzliche Regelung setzt für eine Kostenübernahme keine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes voraus.

Leistungsbegründend ist allein der Umstand fehlender Spruchreife bzw. dass die nicht vom Versicherungsträger angeordnete Abklärungsmassnahme unerlässlich war. Nicht relevant ist daher, ob der Umstand der fehlenden Spruchreife auf ein Versäumnis des Versicherungsträgers zurückzuführen ist (siehe zu den Voraussetzungen für eine Kostenübernahme ohne Anordnung der Massnahme seitens des Versicherungsträgers



UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich 2015, Rz 16 ff. zu Art. 45). Die vom Bundesgericht mit BGE 137 V 210 grösstenteils den Versicherungsgerichten abgesprochene, vom Gesetz vorgesehene Kompetenz (Art. 61 Ingress ATSG i.V.m. Art. 56 Abs. 2 Satz 1 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]), bei fehlender Spruchreife die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen, setzte ebenfalls keine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes voraus. Es gilt somit im Anwendungsbereich von Art. 45 Abs. 1 ATSG insbesondere kein Verursacherprinzip. Die gesetzliche Bestimmung setzt für eine Kostenübernahme ausserdem nicht voraus, dass die versicherte Person materiell obsiegt. Soweit die Rechtsprechung für eine Kostentragung nach Art. 45 Abs. 1 ATSG einen Zusammenhang zwischen dem Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen, verlangt (BGE 143 V 273 E. 3.3 mit Hinweis auf BGE 139 V 502 E. 4.4), setzt sie sich in Widerspruch zu Art. 45 Abs. 1 ATSG. Denn diese Bestimmung gewährleistet, dass sämtliche Kosten für Abklärungen, die für die Herstellung der Spruchreife erforderlich sind, zulasten des Versicherungsträgers gehen und zwar unabhängig davon, ob diese nun vom Versicherungsträger angeordnet wurden oder nicht. Dabei besteht keine sachliche Rechtfertigung für eine unterschiedliche Handhabung der Abklärungskosten, je nachdem, ob sie noch im Vorbescheid-, Verfügungs-, Einsprache- oder Beschwerdeverfahren angefallen sind. Eine andere Handhabung führte dazu, dass die an sich von den Trägern der Bundessozialversicherungen vorzunehmenden und zu bezahlenden Abklärungskosten (Art. 45 Abs. 1 ATSG), die u.a. mit den sozialversicherungsrechtlichen Beiträgen und vom Bund finanziert werden (Art. 77 Abs. 1 IVG), entgegen der gesetzlichen Konzeption in das Beschwerdeverfahren und damit zulasten der Kantone verschoben würden, mithin mit kantonalen Steuermitteln finanziert würden.

6.2.2 Im vorliegenden Fall kann letztlich offenbleiben, ob die Auferlegung der Kosten für das Gerichtsgutachten zulasten der Beschwerdegegnerin zwingend einen von ihr verschuldeten Untersuchungsmangel voraussetzt, da ein solcher vorliegend zu bejahen ist. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts liegt ein Untersuchungsmangel namentlich in folgenden Fällen vor: bei einem manifesten Widerspruch zwischen den verschiedenen ärztlichen Beurteilungen, ohne dass der Versicherungsträger diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet hat; wenn zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet geblieben sind oder auf



eine Expertise abgestellt wurde, die den Anforderungen an den Beweiswert ärztlicher Gutachten nicht genügt (Urteil des Bundesgerichts vom 10. August 2017, 9C\_348/2017, E. 2.1 ff.). Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin auf ein Administrativgutachten abgestellt, gegen das die Beschwerdeführerin bereits im Verwaltungsverfahren begründete Kritik vorbrachte (zum Einwand vom 14. September 2015 siehe IV-act. 172), die dessen Beweiskraft hinlänglich erschütterte (siehe vorstehende E. 2.1 ff.). Zudem lag ein manifester Widerspruch zwischen dem Administrativgutachten von med. pract. M.\_\_\_\_ und den übrigen medizinischen Akten, insbesondere den vorangegangenen Administrativgutachten, vor (siehe vorstehende E. 2.1), ohne dass dieser von der Beschwerdegegnerin mit schlüssigen Argumenten entkräftet wurde. Diese Mängel hätte die Beschwerdegegnerin bei einer sorgfältigen, objektiven Beweiswürdigung ohne weiteres erkennen können und zum Anlass für ein neuerliches Administrativgutachten nehmen müssen. Sie ist daher den Erfordernissen des Untersuchungsgrundsatzes im Verwaltungsverfahren nicht genügend nachgekommen. Dabei gilt es bereits im Verwaltungsverfahren dem Umstand Rechnung zu tragen, dass angesichts des hohen Stellenwerts, der medizinischen Gutachten im Sozialversicherungsprozess zukommt, an deren Qualität entsprechend hohe Anforderungen zu stellen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 11. November 2010, 9C\_986/2009, E. 4.5.1). Es kommt einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten deshalb schon dann kein voller Beweiswert zu, wenn Indizien gegen seine Zuverlässigkeit sprechen (BGE 135 V 470 E. 4.4); es muss nicht feststehen, dass das Gutachten effektiv nicht den Tatsachen entspricht (vgl. Urteil des EVG vom 16. Oktober 2002, I 779/01, E. 4.2, bestätigt im Urteil des Bundesgerichts vom 20. November 2007, I 142/07, E. 3.2.1). Dies hat unabhängig davon zu gelten, ob das Gutachten ein für die Leistungsansprüche der Versicherten günstiges oder ungünstiges Ergebnis beinhaltet.

6.2.3 Im Licht der vorstehenden Ausführungen hat die Beschwerdegegnerin die für das Gerichtsgutachten angefallenen Kosten von Fr. 11'429.40 vollumfänglich zu tragen (act. G 34).

6.3 Abweichend von Art. 61 lit. a ATSG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht 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). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 1'000.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit mit Rücksicht auf das erforderliche Gerichtsgutachten als angemessen. Das anwendbare kantonale Verfahrensrecht (siehe Art. 61 Ingress ATSG) kennt als allgemeinen Grundsatz bei der Kostenauflegung das Verursacherprinzip (Art. 94 VRP). In Streitigkeiten hat jener Beteiligte die Kosten zu tragen, dessen Begehren ganz oder teilweise abgewiesen werden (Art. 95 Abs. 1 VRP). Kosten, die ein Beteiligter, sein Rechtsbeistand oder sein Vertreter durch Trölerie oder anderes ungehöriges Verhalten oder durch Verletzung wesentlicher Verfahrensvorschriften veranlasst, gehen zu seinen Lasten. Ferner hat jeder Beteiligte, sein Rechtsbeistand oder sein Vertreter die Kosten zu übernehmen, die durch nachträgliches Vorbringen von Begehren, Tatsachen oder Beweismitteln entstehen, deren rechtzeitige Geltendmachung ihm möglich und zumutbar gewesen wäre (Art. 95 Abs. 2 VRP). Vorliegend liegt im Sinn der bundesgerichtlichen Rechtsprechung eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes durch die Beschwerdegegnerin vor (siehe vorstehende E. 6.2.2), die nach neuerer Rechtsprechung bei der Kostenverteilung zulasten des Versicherungsträgers auch bei vollständigem Unterliegen der versicherten Person zu beachten ist, wenn - wie vorliegend - im kantonalen Recht das Verursacherprinzip gilt (Urteil des Bundesgerichts vom 8. Januar 2019, 9C\_605/2018, E. 7.2). In Nachachtung dieses Prinzips sind allerdings lediglich diejenigen Kosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen, die durch die Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes entstanden sind. Der Untersuchungsmangel wurde mit der Erstattung des Gerichtsgutachtens geheilt. Die danach entstandenen Aufwände des Gerichts sind nicht mehr darauf zurückzuführen, sondern durch das Festhalten der Beschwerdeführerin an der Beschwerde aus materiellen Gründen. Aufgrund der Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes bezahlt die Beschwerdegegnerin einen Anteil von Fr. 600.-- (vgl. zur Höhe der Gerichtsgebühr bei zu weiteren medizinischen Abklärungen zurückweisenden Kollegialentscheiden etwa die Entscheide des Versicherungsgerichts vom 9. April 2018, IV 2015/336, und vom 15. Februar 2016, IV 2014/144) und die Beschwerdeführerin infolge vollständigen materiellen Unterliegens von Fr. 400.-- an der Gerichtsgebühr. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin im Umfang von Fr. 400.-- daran anzurechnen und im Umfang von Fr. 200.-- zurückzuerstatten.



6.4 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat 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 (Art. 61 lit. g ATSG). Das kantonale Recht sieht auch bei den ausseramtlichen Kosten bzw. der Parteientschädigung das Verursacherprinzip vor (Art. 98ter VRP i.V.m. Art. 108 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272]), weshalb die Beschwerdegegnerin trotz materiellen Obsiegens entschädigungspflichtig wird (Urteil des Bundesgerichts vom 8. Januar 2019, 9C\_605/2018, E. 7.2). Allerdings sind von ihr - wie bei den Gerichtskosten - bloss diejenigen Aufwände der Beschwerdeführerin nach dem Verursacherprinzip zu ersetzen, die bis zur Heilung des Untersuchungsmangels im Gerichtsverfahren und damit bis zur Erstattung des Gerichtsgutachtens angefallen sind. Die danach der Beschwerdeführerin entstandenen Aufwände (insbesondere die Prüfung des Gerichtsgutachtens und die sich darauf abstützenden materiellen Vorbringen) liegen nicht mehr im Untersuchungsmangel begründet, sondern sind erst nach dessen Heilung angefallen. Sie wären auch angefallen, wenn das weitere Gutachten bereits im Verwaltungsverfahren nach dem Einwand der rechtskundig vertretenen Beschwerdeführerin erstattet worden wäre. Deshalb ist der Anspruch auf eine allfällige Parteientschädigung für diesen Teil des Aufwands auch nicht nach dem Verursacherprinzip (Art. 98ter VRP i.V.m. Art. 108 ZPO), sondern nach Art. 98bis VRP und damit nach Obsiegen und Unterliegen zu beurteilen und vorliegend nicht von der Beschwerdegegnerin zu entschädigen. Wäre anstelle des Einholens eines Gerichtsgutachtens die Sache zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen worden, erschiene eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen (vgl. zur Höhe der Parteientschädigung im Fall von Rückweisungen der Sache zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen etwa die Entscheide des Versicherungsgerichts vom 9. April 2018, IV 2015/336, und vom 15. Februar 2016, IV 2014/144). Dieser Umfang ist deshalb für bis zur Heilung des Untersuchungsgrundsatzes durch ein Gerichtsgutachten anfallende Aufwände als angemessen zu bezeichnen (vgl. entsprechend auch den Entscheid des Versicherungsgerichts vom 22. Februar 2019, IV 2016/327, E. 5.2 ff.).

### Entscheid



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Kosten des Gerichtsgutachtens von Fr. 11'429.40 zu tragen.

3.

An die Gerichtsgebühr von Fr. 1'000.-- hat die Beschwerdegegnerin einen Anteil von Fr. 600.-- und die Beschwerdeführerin von Fr. 400.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin im Umfang von Fr. 400.-- daran angerechnet und im Umfang von Fr 200.-- zurückerstattet.

4.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.