



**Fall-Nr.:** IV 2018/185  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 16.07.2020  
**Entscheiddatum:** 14.04.2020

### **Entscheid Versicherungsgericht, 14.04.2020**

**Art. 28 IVG: Bidisziplinäres Gutachten überzeugt nicht. Aufgrund der gut dokumentierten Krankheitsgeschichte mit zahlreichen ärztlichen Berichten ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin seit dem 1. November 2013 zu 100 % arbeitsunfähig bzw. ab Februar 2018 zu maximal 20 % arbeitsfähig ist. Anspruch auf eine ganze IV-Rente bejaht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. April 2020, IV 2018/185).**

#### **Entscheid vom 14. April 2020**

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

IV 2018/185

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Markus Roos, Postgasse 5, Postfach 248,  
9620 Lichtensteig,

gegen



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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) meldete sich am 5. April 2013 für berufliche Massnahmen und Rentenleistungen bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen (nachfolgend: IV-Stelle) an. Sie gab an, an Angst- und Depressionszuständen zu leiden (IV-act. 1 S. 5) und seit dem 8. November 2012 zu 100 % arbeitsunfähig zu sein (IV-act. 1 S. 3). Zum Zeitpunkt der IV-Anmeldung hatte sie sich noch in einem Anstellungsverhältnis als Z.\_\_\_\_ bei der B.\_\_\_\_ AG befunden, jedoch war ihr letzter effektiver Arbeitstag der \_\_ Oktober 2012 gewesen. Die Arbeitgeberin hatte das seit vielen Jahren bestehende Anstellungsverhältnis wegen seit längerer Zeit nachlassender Leistung per 31. Juli 2013 gekündigt (IV-act. 7 S. 1). Seit dem 8. November 2012 war die Versicherte von ihrem Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin FMH, zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden (IV-act. 11 S. 4). Vom 26. November 2012 bis 11. Januar 2013 hatte sich die Versicherte in eine Rehabilitationsbehandlung in der Klinik D.\_\_\_\_ begeben (IV-act. 5 S. 1). Im Austrittsbericht vom 1. Februar 2013 hatten die behandelnden Therapeuten folgende Diagnosen genannt: Angst und depressive Störung gemischt, Verdacht auf generalisierte Angststörung und psychophysische Erschöpfung. Weiter war festgehalten worden, dass die Versicherte nach ihren eigenen Aussagen schon seit ca. acht Jahren Antidepressiva einnehme und im Jahr 2006 in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert gewesen sei (vgl. dazu IV-act. 68). Sie habe damals ihre erste Panikattacke erlitten. Momentan habe sie Existenzängste entwickelt und habe Angst vor allem. Ihre Situation habe sich durch die Kündigung verschlechtert. Sodann hatten die behandelnden Therapeuten erwähnt, dass die Versicherte im Laufe der Rehabilitationsbehandlung zunehmend Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit



habe zurückgewinnen können, sodass sie in leicht gebessertem Zustand aus dem Rehabilitationsprogramm entlassen werden könne (IV-act. 5 S. 1 ff.). Für die Zeit des Rehabilitationsprogramms war ihr seitens der Klinik D.\_\_\_\_ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden (IV-act. 11 S. 5). Nach dem Rehabilitationsaufenthalt war die Versicherte durch Dr. med. E.\_\_\_\_, Psychiatrisches Zentrum F.\_\_\_\_, ambulant weiterbetreut worden (vgl. IV-act. 17). Diese hatte ihr seit dem Austritt aus der Klinik D.\_\_\_\_ weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV-act. 11 S. 1 ff.).

**A.b.** In einem Bericht an die IV-Stelle vom 16. September 2013 nannte Dr. E.\_\_\_\_ als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, bestehend seit 2002. Weiter hielt Dr. E.\_\_\_\_ fest, dass die Versicherte bereits in den Jahren 2002 und 2003 ambulant und 2006 stationär wegen Angst und depressiver Beschwerden in ihrem Zentrum behandelt worden sei. Im Mai 2012 sei sie von Dr. C.\_\_\_\_ aufgrund einer erneuten depressiven Krise zugewiesen worden. Die zum damaligen Behandlungsbeginn bestehende mittelgradige depressive Symptomatik habe sich rasch stabilisiert, sodass die Versicherte ihre Arbeit schnell wieder aufnehmen können. Im Oktober 2012 sei es zu einer massiven Krise, ausgelöst durch die Kündigung des Arbeitsplatzes, gekommen. Der Versicherten sei eine tagesklinische Behandlung empfohlen worden, welche diese angetreten habe. Anschliessend sei sie in die ambulante Therapie zurückgekehrt. Im Januar 2013 habe sich die Versicherte noch immer massiv depressiv gezeigt. Der psychische Zustand habe sich erst im Mai 2013 leicht stabilisiert, wobei noch immer eine depressive Symptomatik, aktuell im Ausmass einer mittelgradigen depressiven Episode, bestehe. Die Versicherte sei seit dem 18. Oktober 2012 und bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (IV-act. 17). In einem Verlaufsbericht vom 23. Dezember 2013 bezeichnete Dr. E.\_\_\_\_ den psychischen Gesundheitszustand der Versicherten als stationär. Zudem leide sie an verschiedenen diffusen körperlichen Beschwerden wie Bauchschmerzen und Rückenschmerzen. Die Versicherte nehme die Konsultationen regelmässig wahr und zeige auch eine gute Compliance bei der medikamentösen Therapie. Die bisherige Tätigkeit sei der Versicherten nicht mehr zumutbar, jedoch seien andere Tätigkeiten denkbar (IV-act. 20). In einem Gespräch mit dem regionalen ärztlichen Dienst (RAD) vom 20. Januar 2014 bestätigte Dr. E.\_\_\_\_, dass die Versicherte



## St.Galler Gerichte

seit ca. Oktober 2012 an einer rezidivierenden depressiven Störung, mittel- bis schwergradiger Ausprägung, leide. Es liege weiterhin eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit vor, jedoch könne sie eine Präsenzzeit von vier Stunden pro Tag erbringen. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit könne sie innerhalb eines halben oder eines Jahres eine 50%ige Arbeitsfähigkeit erlangen (IV-act. 23).

**A.c.** Am 17. Februar 2014 fand ein Standortgespräch mit der Versicherten und einer Eingliederungsberaterin der IV-Stelle statt. Im Assessmentprotokoll wurde festgehalten, die Versicherte hätte davon berichtet, dass sie im Verlauf der Jahre immer dünnhäutiger geworden sei. Sie habe in der Vergangenheit viel gearbeitet und den Sohn grossgezogen. Bei der Arbeit sei es immer schlimmer geworden. Die Arbeit im Akkord sei zu streng geworden. Sie könne nicht mehr. Sie könne sich nicht vorstellen, dass sie eine Arbeit wieder so machen könne, dass der Chef zufrieden wäre. Auch habe sie Fehlgeburten erlitten und fühle sich allein. Die Eingliederungsverantwortliche hielt weiter fest, dass die Versicherte oft in Tränen ausgebrochen sei. Sie habe die Fragen offen beantwortet. Das fehlende Selbstvertrauen schein ein grosses Problem zu sein. Auf das Angebot der IV-Stelle, allenfalls ein Programm starten zu können, habe die Versicherte mit Tränen reagiert (IV-act. 28). Mit Mitteilung vom 11. März 2014 informierte die IV-Stelle die Versicherte darüber, dass das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen abgewiesen werde, da sie sich nicht in der Lage fühle, an Eingliederungsmassnahmen mitzuwirken (IV-act. 30).

**A.d.** Ab dem 5. Mai 2014 begab sich die Versicherte in eine tagesklinische Behandlung in das Psychiatrie-Zentrum G.\_\_\_\_ (IV-act. 32 S. 1). In einem Bericht vom 22. Juli 2014 nannten die Behandler als Diagnosen Angst und depressive Störung gemischt, posttraumatische Belastungsstörung, Alpträume sowie Zwangshandlungen, v.a. Putzzwang. Weiter hiess es im Bericht, die Versicherte habe sehr jung geheiratet und sei mit ihrem Ehemann in die Schweiz gekommen. Dieser sei spielsüchtig gewesen und habe sie psychisch gequält. Ihre ganze Familie habe einen Krieg miterlebt, während dem sie oft über Monate hinweg nichts von ihrer Familie gehört habe. Nach dem Krieg habe sie ihrer Familie dabei helfen müssen, die ausgegrabenen Leichen zu identifizieren. Die Bilder der Leichen seien noch immer in ihrem Kopf. Sie habe vier Fehlgeburten erlitten, die letzte erst kürzlich. Im März 2014 sei sie operiert worden, weil der Embryo im Mutterleib verstorben sei. Danach habe sie unter einer



Blasenentzündung, Nierensteinen und ständigen Blutungen gelitten. Die Fehlgeburten seien für die Versicherte ebenfalls traumatisierend gewesen, belasteten ihre Sexualität und ihr Körperempfinden. Ausserdem sei die Versicherte vor wenigen Jahren von einem Mann über einen langen Zeitraum hinweg gestalkt worden, was sie in ihrem Vertrauen massiv erschüttert und in grosse Angst versetzt habe. Sie habe seit zwei Jahren einen neuen Partner, mit dem sie jedoch nicht zusammenlebe. Die Behandler hielten sodann fest, dass die Prognose noch unklar sei. Aktuell sei die Versicherte noch zu 100 % arbeitsunfähig. Sie gingen davon aus, dass die Versicherte in den nächsten vier bis fünf Monaten wieder eine Arbeitstätigkeit aufnehmen könne. Grund für den angegebenen Zeitraum seien die noch teilweise ausgeprägt vorhandenen Symptome und die massive Instabilität mit Dekompensationen. Die Versicherte habe eine stark belastende Lebensgeschichte mit schwer traumatisierenden Erfahrungen, was sich erschwerend auf den Heilungsprozess auswirke. Zur genaueren Abklärung der Arbeitsfähigkeit wäre ein Training der IV-Stelle sicherlich hilfreich (IV-act. 32). In einem Verlaufsbericht des Psychiatrie-Zentrums G.\_\_\_\_ vom 16. Dezember 2014 hiess es, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten verbessert habe. Sie sei am 17. Oktober 2014 aus der Tagesklinik in ein ambulantes Setting übergetreten. Der bisherige Therapieverlauf zeige eine positive Entwicklungstendenz und die Versicherte erscheine motiviert. Aufgrund der belastenden psychosozialen Faktoren sei jedoch noch von einem länger dauernden Behandlungsprozess auszugehen, um eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt zu erreichen. Das Selbstvertrauen der Versicherten zeige eine beginnende Verbesserung, da sie den Versuch starte, wieder in die Arbeitswelt einzusteigen. Beim regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) sei eine Anmeldung erfolgt. Die Arbeitsfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten betrage seit dem 17. November 2014 40 %. Aufgrund der vorhandenen Einschränkungen sei jedoch mit einer verminderten Leistungsfähigkeit zu rechnen (IV-act. 41). Im Zeitraum März bis Mai 2015 fanden Arbeitsversuche bzw. Schnuppertage, teilweise durch das RAV aufgegleist, statt (vgl. IV-act. 47 f.). Anlässlich eines Assessmentgesprächs vom 27. April 2015 nahm die Eingliederungsverantwortliche die Versicherte als motiviert wahr. Die Versicherte habe von schwierigen letzten Monaten und einer Verbesserung ihres Zustandes berichtet (IV-act. 48).



**A.e.** Am 14. Juli 2015 trat die Versicherte aufgrund einer erneuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes für eine stationäre Behandlung in die Psychiatrische Klinik H.\_\_\_\_ ein (IV-act. 53 S. 1 i.V.m. 48 S. 4). Im Austrittsbericht vom 6. Oktober 2015 wurde festgehalten, dass die Versicherte bis zum 2. Oktober 2015 hospitalisiert gewesen sei. Die behandelnde Ärztin attestierte der Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Sie nannte als Diagnosen eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, anamnestisch eine posttraumatische Belastungsstörung sowie den Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen und histrionischen Anteilen. Die Versicherte sei in einem mässig stabilisierten Zustand entlassen worden, wobei eine Weiterbehandlung in der Tagesklinik im Psychiatrie-Zentrum G.\_\_\_\_ vorgesehen sei (IV-act. 53). Da sich die Versicherte für eine tagesklinische Behandlung zu wenig stabil fühlte (vgl. IV-act. 62 S. 2, oben), folgte auf Zuweisung von Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, bei welcher sich die Versicherte seit dem 11. November 2015 in ambulanter Behandlung befand (IV-act. 75 S. 2), vom 26. November 2015 bis 2. Februar 2016 ein stationärer Aufenthalt in der Klinik J.\_\_\_\_. Im entsprechenden Austrittsbericht nannten die behandelnden Ärzte als Diagnosen eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome und den Verdacht auf eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung (impulsiver Typ). Weiter attestierten sie der Versicherten für jegliche Form von Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt auch längerfristig eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine Beschäftigung sei lediglich im geschützten Rahmen zumutbar (IV-act. 62).

**A.f.** In einer Stellungnahme vom 28. November 2015 hatte der RAD festgehalten, dass medizinisch-theoretisch in absehbarer Zeit kein Eingliederungspotential erkennbar sei. Aufgrund des langen Krankheitsverlaufs und der immer wiederkehrenden Dekompensationen und suizidalen Krisen sei die Prognose als eher ungünstig einzuschätzen (IV-act. 55). Mit Mitteilung vom 1. Dezember 2015 hatte die IV-Stelle die Versicherte darüber informiert, dass das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen abgewiesen werde, da solche aufgrund des Gesundheitszustandes zurzeit nicht möglich seien (IV-act. 58).

**A.g.** Am 21. Juni 2016 wurde bei der Versicherten wegen einer seit Jahren bestehenden Nasenatmungsbehinderung mit einer täglichen Sekretion im Sinne einer eitrigen Rhinorrhoe eine Nasenoperation durchgeführt (IV-act. 78 und 92 f.). In einem



## St.Galler Gerichte

bei der IV-Stelle am 24. Juni 2016 eingetroffenen Bericht nannte Dr. I.\_\_\_\_ als Diagnosen eine schwergradige depressive Episode ohne psychotische Symptome, eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus, Zwangsgedanken und Handlungen gemischt und eine Benzodiazepin-Abhängigkeit. Weiter attestierte Dr. I.\_\_\_\_ der Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Sie sei weder in der Lage, den eigenen Haushalt zu führen, noch einer ausserhäuslichen Arbeit nachzugehen. Wegen der Beschwerden habe sie die Versicherte erneut in der Klinik J.\_\_\_\_ angemeldet, damit diese dort nach der Nasenoperation eintreten könne (IV-act. 75).

**A.h.** Vom 8. August bis 6. Oktober 2016 folgte die erneute stationäre Behandlung in der Klinik J.\_\_\_\_. Im entsprechenden Austrittsbericht wurden als Diagnosen eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, der Verdacht auf eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung (impulsiver Typ) sowie als Differenzialdiagnose eine posttraumatische Belastungsstörung genannt. In Kenntnis der Anamnese, der anhaltend depressiven Symptomatik und des Behandlungsverlaufs sei von einer längerfristig nicht gegebenen Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten des ersten Arbeitsmarktes auszugehen. Während der Hospitalisation habe sich die Versicherte zweimal im Zusammenhang mit einer erhöhten innerlichen Anspannung oberflächlich selbst verletzt. Bei der Versicherten hätten sich mehrfach Suizidgedanken mit unterschiedlich starker Intensität aufgedrängt. Die Versicherte habe in den Therapien rasch überfordert und unsicher gewirkt, habe sich wenig zugetraut, habe Schwierigkeiten gehabt, Anweisungen zu lesen und umzusetzen und habe ihre Wünsche nicht äussern können. Sie habe auch über Schmerzen im Bereich der Hüfte, des Nackens, des Rückens und der Hände berichtet. Aufgrund eines Todesfalles sei die Versicherte zehn Tage beurlaubt worden. Insgesamt sei die psychische Verfassung auch bei Austritt im Wesentlichen unverändert gewesen. Angesichts der bevorstehenden Begutachtung durch die IV-Stelle werde die Versicherte jedoch in die ambulante Behandlung, je nach Verlauf im teilstationären Rahmen, entlassen (IV-act. 95).

**A.i.** Am 3. Februar 2017 wurde die Versicherte im Auftrag der IV-Stelle von Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, bidisziplinär (orthopädisch und psychiatrisch) begutachtet (IV-act. 104



S. 1). Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung wurde am 17. und 20. Februar 2017 ausserdem eine neuropsychologische Untersuchung durchgeführt (IV-act. 104 S. 37 ff.). Im bidisziplinären Konsens ihres Gutachtens vom 4. März 2017 (zum Datum vgl. IV-act. 104 S. 1) nannten die Sachverständigen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Angst und depressive Störung gemischt, kombinierte Persönlichkeitsstörung mit unsicher-vermeidenden, abhängigen, zwanghaften, depressiven, paranoiden und emotional-instabilen Anteilen, anhaltende somatoforme Schmerzstörung (differentialdiagnostisch histrionische Verarbeitung organisch verursachter Schmerzen als Teil der Persönlichkeitsproblematik), Agoraphobie, Klaustrophobie, Benzodiazepin-Abhängigkeit und generalisiertes myofasciales Schmerzsyndrom bzw. Verdacht auf Fibromyalgie. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnten die Gutachter eine Beweglichkeitseinschränkung des rechten Kleinfingers bei Zustand nach Kleinfingermittelgelenksverletzung in der Kindheit, den Verdacht auf ein Carpaltunnelsyndrom beidseits sowie den Verdacht auf eine Rhizarthrose links (IV-act. 104 S. 48). Weiter wurde im bidisziplinären Konsens festgehalten, dass aus orthopädischer Sicht diffuse, bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen am Bewegungsapparat, namentlich im Bereich des Achsenskeletts, der Schulter, der Hände und der Finger sowie der Kniegelenke vorliegen würden. Angegeben würden auch Gefühlsstörungen, häufig in Kombination mit Kribbelparästhesien, und ein Gefühl verminderter Kraft. Die Beschwerden liessen sich allerdings nicht vollständig objektivieren, sodass lediglich von einer gewissen verminderten Belastbarkeit des Achsenskeletts und der rechten Hand auszugehen sei. Weiter bestehe ein generalisiertes myofasciales Schmerzsyndrom. Insgesamt sei von leichtgradigen Veränderungen auszugehen. Die Auswirkungen der somatischen und der psychischen Gesundheitsstörung verstärkten sich gegenseitig. Aus der Sicht beider Fachgebiete sei somit von einer gewissen Verlangsamung des Arbeitstempos und einer raschen Ermüdbarkeit auszugehen. Aus orthopädischer Sicht weise die Versicherte in einer gut leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 90 % auf. Sie könne zwar ganztägig arbeiten, jedoch sei es angebracht, ihr zusätzlich verlängerte betriebsunübliche Pausen zuzugestehen. Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherte spätestens seit dem Untersuchungszeitpunkt in einer adaptierten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig. Aus bidisziplinärer Sicht bestehe somit eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %



(IV-act. 104 S. 49). Aus somatischer Sicht sollte es sich um eine wechselbelastende, körperlich leichte Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg und ohne Zwangspositionen für die Wirbelsäule und die Schultergelenke handeln. Auch Überkopfarbeiten seien zu vermeiden. Aus psychiatrischer Sicht sollte es sich um zeitlich flexible Tätigkeiten ohne permanenten Zeit- und Termindruck, ohne besondere Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen in einer wohlwollenden und konfliktarmen Arbeitsatmosphäre in offenen Räumlichkeiten handeln (IV-act. 104 S. 50).

**A.j.** Mit Vorbescheid vom 13. März 2017 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung ihres Rentenbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 32 % in Aussicht, da sie in einer leidensangepassten Tätigkeit gemäss den getätigten Abklärungen zu 80 % arbeitsfähig sei (IV-act. 108). Gegen diesen Vorbescheid wandte die Versicherte am 23. März 2017 ein, dass die gutachterliche Beurteilung nicht korrekt sei, da sie sich derzeit wegen ihrer schweren psychischen Erkrankung erneut in stationärer psychiatrischer Behandlung befinde (IV-act. 109).

**A.k.** Im Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik H.\_\_\_\_ vom 26. Juni 2017 wurde festgehalten, dass die Versicherte vom 14. März bis 2. Juni 2017 hospitalisiert gewesen sei. Sie sei vom Spital M.\_\_\_\_ zur stationären Therapie angemeldet worden, nachdem sie am Eintrittstag in suizidaler Absicht Medikamente eingenommen habe. Als Diagnosen nannten die Behandler eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom und akuter Suizidalität bei Eintritt sowie den Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörungen mit emotional instabilen und histrionischen Anteilen. Die Versicherte sei in mässig stabilisiertem Zustand entlassen worden, wobei sie per 14. Juni 2017 eine tagesklinische Behandlung im Psychiatrie-Zentrum G.\_\_\_\_ fortsetzen werde (IV-act. 115). In einem Verlaufsbericht vom 24. Juli 2017 hielt Dr. I.\_\_\_\_ fest, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten verschlechtert habe. Sie sei nach einem Suizidversuch stationär hospitalisiert worden. Dies sei der dritte Suizidversuch innerhalb von zehn Jahren gewesen. Als Auslöser für den letzten Suizidversuch habe die Versicherte den negativen IV-Vorbescheid angegeben. Sie habe gehofft, dass sie durch die Rente wenigstens in finanzieller Hinsicht weniger Sorgen habe. Während des Klinikaufenthaltes sei sie von ihrem Partner, der eine wichtige Rolle in ihrem Leben gespielt habe, verlassen worden, was



die Situation zusätzlich erschwere. Es bestehe noch immer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit erscheine aufgrund der Chronifizierung der Beschwerden, der langen Krankheitsentwicklung und des instabilen Zustandsbildes äusserst unwahrscheinlich (IV-act. 118 S. 3). Der RAD nahm zu den neu eingereichten Berichten dahingehend Stellung, dass aus dem bisherigen Krankheitsverlauf ständig wiederkehrende schwere depressive Episoden mit suizidalen Krisen, jeweils verknüpft mit einer psychosozialen Problematik, ersichtlich seien. Die anamnestisch bekannten schweren lebensgeschichtlichen Belastungen könnten eine verminderte Belastbarkeit und psychosoziale Noxen erklären. Im Gutachten sei der Gesundheitszustand mit Blick auf Simulations- und Aggravationstendenzen als nur leicht reduziert betrachtet worden. Die eingereichten Berichte widersprächen der gutachterlichen Einschätzung. Allerdings werde auch in diesen Berichten auf den hohen psychosozialen Leidensdruck verwiesen. Ob es sich nun lediglich um Anpassungsstörungen aufgrund psychosozialer Belastungen oder um verminderte Kompensationsressourcen aufgrund einer bestehenden Persönlichkeitsproblematik handle, sollte von der psychiatrischen Gutachterin diskutiert und eingeschätzt werden. Dr. L.\_\_\_\_ sei um eine Stellungnahme zu den Berichten mit Diskussion und Würdigung der diskrepanten Einschätzungen zu bitten (IV-act. 119). In einer Stellungnahme vom 13. November 2017 hielt Dr. L.\_\_\_\_ fest, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten unter Berücksichtigung der vorgehaltenen Befunde im Vergleich zur Begutachtung im Februar 2017 nicht verändert habe. Im Vordergrund stünden psychosoziale Belastungsfaktoren und eine kombinierte Persönlichkeitsproblematik. Die Versicherte neige persönlichkeitsbedingt zu appellativen Handlungen. Im Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik H.\_\_\_\_ sei eine leicht zum depressiven Pol verschobene Stimmung beschrieben, eine schwerwiegende depressive Symptomatik liege somit nicht vor. Dr. I.\_\_\_\_ habe im Bericht vom 24. Juli 2017 von einem unveränderten medizinischen Sachverhalt im Vergleich zum Juni 2016 berichtet. Diese Beurteilung sei bereits im Gutachten diskutiert worden (IV-act. 123). Am 18. Januar 2017 (richtig: 2018) hielt der RAD fest, dass Dr. L.\_\_\_\_ nachvollziehbar an der im Gutachten attestierten 80%igen Arbeitsfähigkeit festgehalten habe (IV-act. 124).

**A.I.** Im Rahmen einer zweiten Anhörung (vgl. IV-act. 125) liess die Versicherte durch ihren Rechtsvertreter lic. iur. M. Roos-Niedermann, Lichtensteig, am 23. März 2018 die



## St.Galler Gerichte

Aufhebung des Vorbescheids vom 13. März 2017 sowie die Vornahme weiterer Abklärungen zum Gesundheitszustand beantragen. Insbesondere liess die Versicherte das bidisziplinäre Gutachten in vielfacher Hinsicht kritisieren (vgl. IV-act. 132). Zudem reichte sie einen weiteren Bericht von Dr. I. \_\_\_ vom 12. Februar 2018 ein (IV-act. 133).

**A.m.** Mit Verfügung vom 24. April 2018 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren der Versicherten im Sinne des Vorbescheids ab (IV-act. 137).

### **B.**

**B.a.** Gegen diese Verfügung erhob die weiterhin durch Rechtsanwalt Roos-Niedermann vertretene Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 25. Mai 2018 Beschwerde (act. G 1). Sie beantragte, die Verfügung der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 24. April 2018 sei aufzuheben und ihr sei eine volle Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Verfügung vom 24. April 2018 aufzuheben und zur Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Es sei ein aktueller Arztbericht von Dr. I. \_\_\_ einzuholen. Eventualiter sei ein neues psychiatrisches Obergutachten in Auftrag zu geben. Weiter sei auch ein aktueller Arztbericht bei der behandelnden Handchirurgin Dr. med. N. \_\_\_, Spital O. \_\_\_, einzuholen. Eventualiter sei ein neues orthopädisches Obergutachten in Auftrag zu geben. Eventualiter sei ein neues polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben. Bei der Berechnung des Invaliditätsgrades sei ein Leidensabzug von 25 % zu gewähren. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zuzüglich Barauslagen und Mehrwertsteuer zulasten der Beschwerdegegnerin (act. G 1. S. 2). In formeller Hinsicht beantragte die Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung für das Verfahren vor Versicherungsgericht (act. G 1 S. 2 und G 1.6). Weiter reichte sie ein ärztliches Zeugnis von Dr. C. \_\_\_ vom 6. Mai 2018 ein, in welchem dieser ihr eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt attestiert hatte (act. G 1.4), und einen Sprechstundenbericht von Dr. N. \_\_\_ vom 22. Mai 2018, wonach sich in einer MRT-Untersuchung für die multiplen Beschwerden im Bereich der oberen Extremitäten klare Korrelate gezeigt hätten (act. G 1.5).

**B.b.** In ihrer Beschwerdeantwort vom 11. Juli 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 3).



## St.Galler Gerichte

**B.c.** Am 12. Juli 2018 entsprach der verfahrensleitende Richter dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) für das Verfahren vor Versicherungsgericht (act. G 4).

**B.d.** In ihrer Replik vom 11. September 2018 hielt die Beschwerdeführerin an den in der Beschwerde gestellten Anträgen fest (act. G 7).

**B.e.** Mit Schreiben vom 25. September 2018 hielt die Beschwerdegegnerin an dem in der Beschwerdeantwort gestellten Antrag fest und verzichtete auf eine ausführliche Duplik (act. G 9).

**B.f.** Am 13. Mai 2019 reichte die Beschwerdeführerin einen Austrittsbericht der Klinik J.\_\_\_\_ vom 7. Mai 2019 ein, wonach sie vom 9. November 2018 bis 29. März 2019 auf Zuweisung von Dr. I.\_\_\_\_ aufgrund einer erneuten schweren depressiven Episode mit Suizidgedanken stationär behandelt worden sei (act. G 13.1).

## Erwägungen

### 1.

Vorliegend strittig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente.

### 2.

**2.1.** 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit wird in Art. 7 Abs. 1 ATSG als 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 ausgeglichenen Arbeitsmarkt definiert. Die Invalidität ist 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 kann, in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

**2.2.** Um den Arbeitsfähigkeitsgrad bestimmen 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 dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis).

### 3.

**3.1.** Zunächst zu prüfen ist demnach, ob die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gestützt auf die vorliegende medizinische Aktenlage mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht.



**3.2.** Die Beschwerdegegnerin stützt sich für die Ablehnung des Rentenanspruchs in erster Linie auf das von ihr eingeholte orthopädisch-psychiatrische Gutachten (vgl. act. G 1.1 und 3). Demgegenüber ist die Beschwerdeführerin der Ansicht, dass das Gutachten aus mehreren Gründen nicht beweistauglich sei (vgl. act. G 1 und 7). Die Beschwerdeführerin macht insbesondere geltend, das Gutachten erwecke den Eindruck, dass keine ernsthafte Auseinandersetzung mit den Vorakten stattgefunden habe. Die Diagnosen aus den Vorakten würden lediglich wiedergegeben, jedoch fehle eine Begründung, warum im Gutachten davon abgewichen werde (act. G 1 S. 10). Auch die Feststellung von Dr. L.\_\_\_\_, wonach in den Berichten der behandelnden Ärzte erst ab Sommer 2015 von einer schweren depressiven Störung die Rede gewesen sei, sei nicht korrekt. Bereits in einem Bericht vom 16. September 2013 werde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, bestehend seit 2002 erwähnt (act. G 1 S. 7). Die von Dr. K.\_\_\_\_ gestellten orthopädischen Diagnosen entsprächen ebenfalls nicht ihrem Gesundheitszustand. Im Sprechstundenbericht vom 22. Mai 2018 habe Dr. N.\_\_\_\_ festgehalten, dass schon klinisch der Verdacht auf eine Läsion des radialen Seitenbandes am Fingergrundgelenk des Mittelfingers rechts, auf einen chronischen Golferellenbogen rechts sowie auf ein ulnocarpales Impaktionssyndrom am linken Handgelenk bestanden hätten. Diese Verdachte hätten sich nun durch die durchgeführten MRT-Untersuchungen bestätigt. Für die von ihr beklagten Schmerzen bestünden objektivierbare Korrelate. Die Unterschiede in der Diagnosestellung der behandelnden Handchirurgin und des orthopädischen Gutachters resultierten daraus, dass letztere sie ernst genommen und eine genaue Untersuchung durchgeführt habe, während Dr. K.\_\_\_\_ selbst auf die Durchführung konventioneller Röntgenbilder verzichtet habe (act. G 1 S. 7 f.). Sie sei in der Begutachtung generell nicht ernst genommen worden, ihre gesundheitlichen Einschränkungen seien verharmlost worden und sie sei als Simulantin dargestellt worden (act. G 7 S. 6 und 10). Sodann seien die Schlussfolgerungen der beiden Gutachter nicht begründet. Beispielsweise habe Dr. L.\_\_\_\_ festgehalten, dass sie in der gutachterlichen Untersuchung keine schwerwiegende depressive Symptomatik habe feststellen können, jedoch habe sie im Gutachten nicht dargelegt, warum dies so sei. Auch sei nicht nachvollziehbar, wie die Gutachter auf ihre Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit gekommen seien (act. G 1 S. 9). Unter Hinweis auf die Einschätzungen behandelnder Ärzte (vgl. z.B. act. G 1 S. 7 und 11) beantragt die Beschwerdeführerin eine ganze Invalidenrente (act. G 1 S. 2).

**3.3.** Die Beschwerdegegnerin ist demgegenüber der Ansicht, dass die vorhandenen Akten im bidisziplinären Gutachten angemessen gewürdigt worden seien und die Gutachter abweichende Diagnosestellungen begründet hätten (vgl. act. G 3 S. 4 f.). Die



im Gutachten ausführlich diskutierten Diagnosen könnten keine über 20 % hinausgehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Die psychiatrischen Störungsbilder seien unter Berücksichtigung der ausgeprägten Verdeutlichungstendenzen als eher leicht zu bezeichnen (act. G 3 S. 5). Auch sei zu berücksichtigen, dass die behandelnden Ärzte dem subjektiven Erleben der Patienten einen höheren Stellenwert einräumten als die unabhängigen Gutachter. Was die orthopädischen Befunde von Dr. N.\_\_\_\_ angehe, sei festzuhalten, dass degenerative Veränderungen in der Bildgebung nicht automatisch Einschränkungen begründeten. Entscheidend für die Beurteilung der Funktionseinschränkung sei der klinische Befund. Es liege kein neuer medizinischer Sachverhalt vor, der Dr. K.\_\_\_\_ noch nicht bekannt gewesen sei (act G 3).

**3.4.** Die Beschwerdeführerin hat sich im April 2013 erstmals bei der IV-Stelle unter Hinweis auf eine seit dem 8. November 2012 bestehende Arbeitsunfähigkeit zum Leistungsbezug angemeldet (vgl. IV-act. 1). Dr. E.\_\_\_\_ hatte den Beginn der Arbeitsunfähigkeit bereits in den Oktober 2012 gelegt (vgl. IV-act. 17 S. 4). Angesichts der im Oktober 2012 erfolgten Kündigung mit einhergehender Destabilisierung des psychischen Gesundheitszustandes scheint die von Dr. E.\_\_\_\_ eingenommene zeitliche Einordnung durchaus nachvollziehbar (vgl. IV-act. 17 i.V.m. 7 S. 1). Da Dr. C.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit jedoch erst seit dem 8. November 2012 attestiert hat und sich die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf dieses Datum für Leistungen angemeldet hat (vgl. IV-act. 1 S. 3 und 4 S. 1), ist der Beginn der Arbeitsunfähigkeit in den November 2012 zu legen. Der frühestmögliche Beginn eines Rentenanspruchs im Sinne von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG fällt demnach auf den 1. November 2013.

**3.5.** Seit dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Herbst 2012 hat sich die Beschwerdeführerin, soweit ersichtlich, ununterbrochen in psychiatrischer Behandlung befunden. Bereits davor hatte sie teilweise an psychischen Problemen wie Angststörungen und depressiven Episoden gelitten und sich zeitweise psychiatrisch behandeln lassen (vgl. dazu insbesondere IV-act. 17 S. 2 f.). Im Jahr 2006 hatte sie sich bereits erstmals in stationäre Therapie begeben (vgl. IV-act. 68). Die Beschwerdeführerin blickt also auf eine längere Krankheitsgeschichte zurück, was das Wiederaufleben bzw. eine Verstärkung der bereits vorhandenen psychischen Problematik, ausgelöst durch die Kündigung des langjährigen Arbeitsverhältnisses, gut nachvollziehbar macht. Auch die Aussage der ehemaligen Arbeitgeberin, das Arbeitsverhältnis habe aufgrund seit längerer Zeit nachlassender Leistung der Beschwerdeführerin gekündigt werden müssen (vgl. IV-act. 7 S. 1), deutet auf eine



krankheitsbedingte Vorgeschichte hin. Dazu passend hat Dr. E.\_\_\_\_ erläutert, dass sich die Beschwerdeführerin bereits im Mai 2012 wegen einer mittelgradigen depressiven Episode in psychiatrische Behandlung zu ihr begeben habe, welche sich jedoch relativ rasch stabilisiert habe, sodass die Beschwerdeführerin die Arbeit wieder aufnehmen können (vgl. IV-act. 17 S. 2 f.). Zusammenfassend ist somit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin seit längerer Zeit an einer psychischen Problematik gelitten hat. Dr. E.\_\_\_\_ hat in diesem Zusammenhang erstmals von einer schweren depressiven Episode gesprochen (vgl. IV-act. 17 S. 2). Der Beschwerdeführerin ist somit darin zuzustimmen (vgl. act. G 1 S. 7), dass entgegen der Behauptung von Dr. L.\_\_\_\_ eine schwere depressive Episode nicht erst ab Juli 2015 aktenkundig ist (vgl. IV-act. 104 S. 43, oben), sondern bereits im Jahr 2013 von Dr. E.\_\_\_\_ erwähnt worden ist (vgl. IV-act. 17 S. 2). Die Beschwerdeführerin hat von Anfang an eine gute Therapiecompliance gezeigt und sich nach der Destabilisierung ihres Zustandes infolge der Kündigung in eine Rehabilitationsbehandlung begeben (vgl. IV-act. 5 S. 1 ff. und 17 S. 3, oben).

**3.6.** Ab Mai 2013 scheint sich entsprechend der Aktenlage eine Stabilisierung der psychischen Situation eingestellt zu haben, sodass Dr. E.\_\_\_\_ nicht mehr von einer schweren, sondern nur noch einer mittelgradigen depressiven Episode ausgegangen ist (vgl. IV-act. 17 S. 3, oben) und ab Dezember 2013 einen sanften Einstieg in den Arbeitsprozess befürwortet hat (vgl. IV-act. 20 S. 4 i.V.m. 23 S. 1). Im Januar 2014 ist Dr. E.\_\_\_\_ davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin eine Präsenzzeit von ca. vier Stunden leisten könnte, wobei sie gleichzeitig festgehalten hat, dass die Leistungsfähigkeit eingeschränkt sei und eine Arbeitsfähigkeit von 50 % erst in einem halben Jahr oder einem Jahr zu erwarten sei (vgl. IV-act. 23 S. 1). Mit anderen Worten hat Dr. E.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin selbst im Januar 2014 lediglich eine unter 40 % liegende Arbeitsfähigkeit attestiert. Anlässlich eines Assessmentgesprächs vom Februar 2014 hat sich dann allerdings gezeigt, dass sich die Beschwerdeführerin für einen Einstieg in den Arbeitsprozess nicht oder nicht mehr bereit gefühlt hat (vgl. IV-act. 28). Bereits im Mai 2014 hat sich die Beschwerdeführerin denn auch wieder in tagesklinische Behandlung begeben (vgl. IV-act. 32). Angesichts der seitens der Beschwerdeführerin gemäss ihren eigenen Aussagen im März 2014 erlittenen Fehlgeburt mit dadurch bedingter Operation und gesundheitlichen Komplikationen ist dies wiederum gut nachvollziehbar (vgl. dazu IV-act. 32 S. 2). Die von den behandelnden Ärzten bzw. Therapeuten der Tagesklinik des Psychiatrie-Zentrums G.\_\_\_\_ im Juli 2014 gestellten Diagnosen unterscheiden sich zwar von der von Dr. E.\_\_\_\_ gestellten Diagnose (vgl. IV-act. 17 S. 2). Sie sind nicht von einer rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen, sondern haben die Diagnose Angst und depressive



Störung gemischt genannt (vgl. IV-act. 32 S. 1). Gleichwohl haben sie der Beschwerdeführerin bis zum 16. November 2014 ebenfalls eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert und dies aufgrund ähnlicher Problemkreise wie bereits Dr. E.\_\_\_\_, nämlich insbesondere aufgrund von Ängsten und einer depressiven Problematik (vgl. IV-act. 32 i.V.m. 41). Im Oktober 2014 scheint sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin dann stabilisiert zu haben, sodass sie vom tagesklinischen in ein ambulantes Setting gewechselt hat (vgl. IV-act. 41 S. 2). Ab dem 17. November 2014 haben die behandelnden Ärzte der Tagesklinik des Psychiatrie-Zentrums G.\_\_\_\_ ihr eine 40%ige Arbeitsfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten attestiert, jedoch unter Hinweis, dass ihre Leistungsfähigkeit auch in diesem Pensum eingeschränkt sein werde (vgl. IV-act. 41 S. 2 f.). Mit anderen Worten haben sie somit eine unter 40 % liegende Arbeitsfähigkeit attestiert. Bis zum Frühjahr 2015 haben dann gewisse Arbeitsversuche oder Schnuppertage stattgefunden (vgl. IV-act. 47 und 48). Sowohl die Eingliederungsverantwortliche der IV-Stelle als auch die behandelnden Ärzte der Tagesklinik des Psychiatrie-Zentrums G.\_\_\_\_ haben die Beschwerdeführerin bezüglich einer Arbeitsaufnahme als motiviert erlebt (vgl. IV-act. 41 S. 2 und 48 S. 2). Die behandelnden Ärzte haben jedoch gleichzeitig auf die enorm traumatisierenden Erlebnisse und die mannigfaltigen psychosozialen Probleme hingewiesen, welche die Behandlungsdauer und die Eingliederung in den Arbeitsprozess erschweren würden (vgl. IV-act. 41 S. 2).

**3.7.** Schliesslich scheint es dann im Juli 2015, möglicherweise auch ausgelöst durch das Scheitern der Arbeitsversuche und damit einhergehender Perspektivlosigkeit, erneut zu einer Destabilisierung des psychischen Zustandes gekommen zu sein, sodass die Beschwerdeführerin eine stationäre Behandlung in der Psychiatrischen Klinik H.\_\_\_\_ angetreten hat (IV-act. 53). Diese wurde, zwar mit mehreren Unterbrechungen, unter anderem zur Vornahme einer Nasenoperation (vgl. IV-act. 78), bis zur Begutachtung im Februar 2017 fortgeführt (vgl. IV-act. 53, 62 und 95 S. 9 ff.). Sowohl die Ärzte der Psychiatrischen Klinik H.\_\_\_\_ als auch diejenigen der Psychiatrischen Klinik J.\_\_\_\_ haben in diesem Zeitraum die Diagnose einer schweren depressiven Episode gestellt (vgl. IV-act. 53 S. 1, 62 S. 1 und 95 S. 9), die überdies auch noch von Dr. I.\_\_\_\_, welche die Beschwerdeführerin seit November 2015 ambulant betreut, bestätigt worden ist (vgl. IV-act. 75 S. 2). Auch haben sämtliche behandelnden Ärzte in diesem Zeitraum den Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung geäussert, diejenigen der Psychiatrischen Klinik H.\_\_\_\_ den Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörungen mit emotional-instabilen und histrionischen Anteilen, diejenigen von der Klinik J.\_\_\_\_ den Verdacht auf eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung (impulsiver Typ) und Dr. I.\_\_\_\_ auf eine emotional instabile



Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus (vgl. IV-act. 53 S. 1, 62 S. 1, 75 S. 2 und 95 S. 9). Daraus wird jedenfalls deutlich, dass die Beschwerdeführerin von ihrer Persönlichkeit her ängstliche und unsichere Anteile aufweist, was auch Dr. L.\_\_\_\_ nicht bestreitet. Sie hat eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit unsicher-vermeidenden, abhängigen, zwanghaften, depressiven, paranoiden und emotional-instabilen Anteilen diagnostiziert (IV-act. 104 S. 41). Zudem ist unstrittig, dass eine Angstproblematik und eine depressive Störung vorliegen. Ob die depressive Problematik letztlich als Angst und depressive Störung gemischt beschrieben wird, wie dies Dr. L.\_\_\_\_, die Behandler der Klinik D.\_\_\_\_ im Jahr 2012 bzw. 2013 sowie diejenigen des Psychiatrie-Zentrums G.\_\_\_\_ im Jahr 2014 getan haben (IV-act. 5 S. 1, 32 S. 1, 41 S. 1 und 104 S. 41), oder wie von den behandelnden Ärzten der Psychiatrischen Kliniken H.\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_ sowie von Dr. I.\_\_\_\_ als depressive Episode unter Angabe des jeweiligen Schweregrades (IV-act. 53 S. 1, 62 S. 1, 75 S. 2 und 95 S. 9), dürfte für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit letztlich nicht das entscheidende Kriterium sein. Ebenso wenig muss vorliegend darüber gestritten werden, ob die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung erfüllt sind. Vielmehr kommt es in erster Linie darauf an, welche funktionellen Einschränkungen die unstrittig vorhandene depressive Problematik und die Angstproblematik unter Berücksichtigung der Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin, ihrer gesamten Lebensumstände, namentlich auch der traumatischen Erlebnisse und der psychosozialen Belastungsfaktoren zeitigt. Wie bereits erwähnt, sind sowohl die behandelnden Ärzte der Psychiatrischen Klinik H.\_\_\_\_ als auch diejenigen der Klinik J.\_\_\_\_ und auch Dr. I.\_\_\_\_ vom Juli 2015 bis zum Zeitpunkt der Begutachtung von einer schweren depressiven Symptomatik ausgegangen und haben der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (vgl. IV-act. 53 S. 1 ff., 62 S. 1 ff., 75 S. 2 ff. und 95 S. 9 ff.). Aus den Arbeitsfähigkeitsschätzungen der Klinik J.\_\_\_\_ und derjenigen von Dr. I.\_\_\_\_ geht deutlich hervor, dass sie sich nicht nur auf die angestammte, sondern auch auf adaptierte Tätigkeiten bezogen haben (IV-act. 62 S. 1, 75 S. 3 und 95 S. 10, oben). Auch der Umstand, dass sich die Beschwerdeführerin seit Juli 2015 mehrfach längerfristig in stationärer Behandlung befunden und Suizidversuche begangen hat (vgl. IV-act. 53 S. 1 ff., 62 S. 1 ff. und 95 S. 9 ff.), deutet auf eine schwere gesundheitliche Problematik hin. Schliesslich reicht die gesundheitliche Problematik weit in die Zeit vor der IV-Anmeldung zurück (vgl. IV-act. 17 S. 3), was ein Indiz dafür ist, dass sich die Beschwerdeführerin nicht lediglich zur Erreichung von IV-Leistungen in Therapie begeben hat, sondern dass eine langwierige, chronifizierte Gesundheitsproblematik mit ernsthaften Therapiebemühungen vorliegt. Dafür sprechen auch die gute Therapiecompliance sowie die Kooperation bei den Eingliederungsbemühungen, die Dr. L.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin zugestanden hat (vgl. IV-act. 104 S. 45 f.). Auch



haben sich die verordneten Medikamente bei der gutachterlichen Testung alle im therapeutischen Bereich oder sogar darüber befunden (vgl. IV-act. 104 S. 47). Die von Dr. I. \_\_\_ und Dr. L. \_\_\_ entdeckte Benzodiazepin-Abhängigkeit der Beschwerdeführerin spricht ebenfalls für einen vorhandenen Leidensdruck (vgl. IV-act. 75 S. 2 und 104 S. 41 und 45). Schliesslich imponieren auch die gesundheitlichen Schwankungen vor Juli 2015, wobei häufig psychosoziale Umstände in nachvollziehbarer Weise zu erneuten psychischen Dekompensationen geführt haben, als glaubwürdig. Selbst in der Zeit vor Juli 2015, in welcher sich die Beschwerdeführerin weniger in stationärer Therapie, jedoch durchaus häufig in tagesklinischer Behandlung befunden hat, haben verschiedene behandelnde Ärzte der Beschwerdeführerin mit Ausnahme von kurzen Episoden jeweils eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. dazu E. 3.5 f.). Gestützt auf diese gut dokumentierte und als glaubwürdig imponierende Krankheitsentwicklung mit Berichten zahlreicher Ärzte erscheint die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vom Zeitpunkt des potentiellen Rentenbeginns bis zur Begutachtung auf dem ersten Arbeitsmarkt als überwiegend wahrscheinlich aufgehoben.

**3.8.** Dr. L. \_\_\_ ist in ihrer psychiatrischen Begutachtung vom Februar 2017 zu einem ganz anderen Ergebnis gekommen. Sie hat der Beschwerdeführerin eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten zugestanden (IV-act. 104 S. 47). Zur Begründung hat sie hierfür im Wesentlichen lediglich angeführt, dass sie im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung keine schwerwiegende depressive Symptomatik habe feststellen können (IV-act. 104 S. 43). Insgesamt sei eine Tendenz zur Symptomverdeutlichung spürbar gewesen. Diese Einschätzung decke sich mit der neuropsychologischen Testung. Auch die sehr hohe subjektive Bewertung der Befindlichkeit im durchgeführten Selbstbeurteilungsverfahren bezüglich der depressiven Symptomatik spreche für Aggravations- und Simulationstendenzen (IV-act. 104 S. 42, unten). Das Zustandsbild sei unter Berücksichtigung der Aggravations- und Simulationstendenzen insgesamt als leicht zu bezeichnen (IV-act. 104 S. 43, unten). Eine nachvollziehbare Begründung, warum sich in der Begutachtung keine schwere Symptomatik gezeigt hat bzw. woran Dr. L. \_\_\_ dies erkannt oder ausgemacht hat, geht aus dem Gutachten nicht hervor. Ebenso wenig wird aus dem Gutachten deutlich, wie sich Dr. L. \_\_\_ die behaupteten Aggravations- oder Simulationstendenzen gezeigt haben. Es scheint, dass sie sich für die Annahme solcher Tendenzen im Wesentlichen auf die neuropsychologische Untersuchung stützt. In dieser hat die Beschwerdeführerin zwar in zwei Tests, die zur Aufdeckung allfällig aggraviert-simulierter Leistungsminderungen dienen, sehr schlechte Testergebnisse erzielt (vgl. IV-act. 104 S. 40 f.), die gemäss der untersuchenden Neuropsychologin auf



aggraviert-simulierte Leistungsminderungen hindeuten könnten, wobei sich andererseits auch Anhaltspunkte für Einschränkungen im Bereich der exekutiven Funktionen ergeben hätten. Die Beschwerdeführerin habe nämlich mehrheitlich sehr hastig agiert und ihr sei unmittelbar nach ihren Reaktionen klar gewesen, dass sie z.B. auf die falsche Seite gedrückt habe. Sie habe am Ende des einen Testverfahrens auch erklärt, dass sie häufig aus Versehen gedrückt habe, da sie so nervös gewesen sei (vgl. IV-act. 104 S. 40). Im neuropsychologischen Gutachten ist weiter beschrieben, dass sich auch in anderen Tests Defizite im Bereich der Impulssteuerung gezeigt hätten (vgl. IV-act. 104 S. 37 ff.). Weiter hat die neuropsychologische Gutachterin festgehalten, dass die Beschwerdeführerin im Gespräch müde und erschöpft gewirkt habe, bei Speed-Tests eine hohe Anspannung und Nervosität beobachtbar gewesen sei und die Reaktionen äusserst hastig und hektisch gewesen seien. Es sei der Eindruck entstanden, dass sich die Beschwerdeführerin enorm unter Zeitdruck gefühlt habe und dadurch ihre Reaktionen nicht mehr angemessen steuern können. Die Beschwerdeführerin habe die Fehlreaktionen scheinbar bemerkt, was ihre Unruhe zusätzlich gesteigert habe. Dazu passend hat die Neuropsychologin festgehalten, dass die Beschwerdeführerin sehr um eine korrekte Beantwortung der Fragen bemüht gewesen sei. Sie habe häufig nachgefragt und eine starke Tendenz zu Selbstvorwürfen gezeigt, als sie auf einer Seite fälschlicherweise die Ja- und Nein-Antworten verwechselt habe. Sie habe zwischendurch immer wieder zu weinen begonnen, sich aber wieder gefangen und sich bereit erklärt, die Testung nach einer Pause weiterzuführen. Nach eineinhalb Stunden habe sie jedoch erklärt, sich nicht mehr konzentrieren zu können und an Kopfschmerzen zu leiden. Sie habe sich sodann mehrfach vergewissert, ob es von Seiten der Untersuchenden in Ordnung sei, wenn die Testung unterbrochen und an einem anderen Tag weitergeführt werde (IV-act. 104 S. 37). Sodann ist die Neuropsychologin zusammenfassend zum Schluss gekommen, dass die durchgeführten neuropsychologischen Testverfahren durchwegs Hinweise für Einschränkungen im Bereich der Steuerung respektive der Inhibition von Impulsen ergeben hätten. Auch wenn gleichzeitig ein Verdacht für gewisse Aggravations- und Simulationstendenzen durch die vorliegenden Ergebnisse gestützt worden sei, hätten sich die Auffälligkeiten im Bereich der Steuerung so stabil gezeigt, dass die Hypothese entsprechender neuropsychologischer Funktionsdefizite dennoch aufrechterhalten werden müsse. Darüber hinaus hätten sich auch Hinweise für eine eingeschränkte Aufmerksamkeitskapazität ergeben. Insgesamt habe die Beschwerdeführerin unter Zeitdruck eine sehr hastige und unsorgfältige Arbeitsweise gezeigt, bei der es zu einer hohen Anzahl an Fehlern gekommen sei. Die Ergebnisse der klinischen Selbstbeurteilungsverfahren wiesen auf eine schwergradige depressive Symptomatik hin. Die Verdachtsdiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung könne



testdiagnostisch nicht genügend gestützt werden. Auf der Persönlichkeitsebene zeige die Beschwerdeführerin klinisch relevante Merkmalsausprägungen in den Bereichen unsicher-vermeidend, abhängig, zwanghaft, depressiv, paranoid und emotional-instabil. Eine entsprechend kombinierte Persönlichkeitsstörung sei aus testdiagnostischer Sicht wahrscheinlich (IV-act. 104 S. 40). Mit anderen Worten hat die Beschwerdeführerin sich in gewissen Tests zwar auffällig verhalten, was auf Aggravationstendenzen hindeuten könnte, gleichzeitig hat die Neuropsychologin gerade im Bereich der Steuerung ein derart konstant auffälliges Verhalten beobachtet, dass sie trotz nicht auszuschliessender Aggravationstendenzen von neuropsychologischen Beeinträchtigungen ausgegangen ist (vgl. IV-act. 104 S. 4). Nach dem Gesagten kann die neuropsychologische Untersuchung gerade nicht ohne Weiteres als Beweis für Aggravationstendenzen betrachtet werden bzw. schon gar nicht für solche, die es rechtfertigen würden, von der breit abgestützten Ansicht der Behandler, wonach eine schwere Gesundheitsstörung mit starker Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, abzuweichen.

**3.9.** Dr. L. \_\_\_ hätte zur Begründung ihrer Arbeitsfähigkeitsschätzung nachvollziehbar aufzeigen müssen, worin sich ihr Aggravationstendenzen gezeigt haben, die eine zu den behandelnden Ärzten stark divergierende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigen. Ein Verweis auf die neuropsychologische Testung reicht nach dem Gesagten jedenfalls nicht aus. Dies gilt umso mehr für die depressive Problematik. Im seitens der Neuropsychologin durchgeführten Testverfahren hinsichtlich der depressiven Symptomatik hat die Beschwerdeführerin gerade einen Testwert erreicht, der gemäss der Neuropsychologin für ein schweres depressives Syndrom spricht. Aggravationstendenzen hat die Neuropsychologin hinsichtlich dieses Tests nicht beschrieben (vgl. IV-act. 104 S. 38 und 40). Der Hinweis von Dr. L. \_\_\_, die Beschwerdeführerin habe ihre Befindlichkeit im Selbstbeurteilungsfragebogen subjektiv sehr hoch bewertet, was auf eine Aggravation hindeute, ist nicht nachvollziehbar (vgl. IV-act. 104 S. 42). Das eingesetzte Testverfahren soll ja gerade dazu dienen, die Befindlichkeiten der Beschwerdeführerin zu beurteilen. Es kann nicht sein, dass nur tiefe Punktzahlen als glaubwürdig eingestuft werden, während eine hohe Bewertung des subjektiven Leidens als Aggravationstendenz gedeutet wird. Diesfalls würde es den Exploranden nämlich gar nie möglich, ein Testergebnis mit einer hohen Gesundheitsbeeinträchtigung zu erzielen. Gegen Aggravations- und Simulationstendenzen spricht auch die von Dr. L. \_\_\_ angeführte gute Therapiecomplicane der Beschwerdeführerin (IV-act. 104 S. 45). Sodann hat auch Dr. C. \_\_\_ in seinem Bericht vom 6. Mai 2018 eine Aggravation oder Simulation explizit



bestritten und auf die multiplen von der Beschwerdeführerin erlittenen Traumatisierungen hingewiesen (act. G 1.4).

**3.10.** Weiter hat Dr. L.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin zahlreiche Einschränkungen (z.B. eine Einschränkung der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit oder eine Beeinträchtigung der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit) attestiert, diese aber ohne Angabe genauer Gründe allesamt praktisch als leicht oder mässig eingestuft (vgl. IV-act. 104 S. 44). Auch hat Dr. L.\_\_\_\_ nicht angegeben, auf welche Diagnosen die einzelnen Einschränkungen zurückzuführen sind bzw. woraus sie diese einzelnen Einschränkungen ableitet. Überdies ist nicht ohne Weiteres nachvollziehbar, welche Einschränkungen ihrer Ansicht nach zur attestierten Arbeitsunfähigkeit führen. Schliesslich ist der Beschwerdeführerin darin zuzustimmen, dass im psychiatrischen Teilgutachten eine ausreichende Auseinandersetzung mit den Vorakten, namentlich mit den anderslautenden ärztlichen Einschätzungen, fehlt (vgl. z.B. act. G 1 S. 7 und 10). Gerade angesichts der eklatanten Differenz zu den Einschätzungen der behandelnden Ärzte wäre eine einlässliche Auseinandersetzung mit deren Berichten essenziell gewesen. Die Vorakten werden im Gutachten zwar aufgeführt (vgl. IV-act. 104 S. 2 ff.), diskutiert aber werden sie darin praktisch nicht. Die kurze Bezugnahme auf andere Einschätzungen im Rahmen der Diagnosestellung erfolgt sodann offenkundig falsch. Dr. L.\_\_\_\_ hat als Legitimation für die von ihr gestellte Diagnose Angst und depressive Störung gemischt erwähnt, dass diese Diagnose sich mit den Beurteilungen von 2006 und 2014 decke, erst ab Sommer 2015 sei diagnostisch von einer schweren depressiven Störung die Rede gewesen (IV-act. 104 S. 43, oben). Wie bereits erwähnt, hat aber schon Dr. E.\_\_\_\_ in einem Bericht vom September 2013 von einer schweren depressiven Episode berichtet (vgl. IV-act. 17). Selbst wenn es aber so wäre, dass in den Akten erst ab Juli 2015 von einer schweren depressiven Episode die Rede gewesen wäre, bliebe Dr. L.\_\_\_\_ immer noch eine Erklärung dafür schuldig, warum sie die Ansicht der Behandler, dass ab Juli 2015 eine schwere depressive Episode bestanden habe, nicht teilt. Sie hat im Gutachten generell keine retrospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen, sondern sich damit begnügt, eine Einschätzung für den Gesundheitszustand ab dem Zeitpunkt der Begutachtung abzugeben (vgl. IV-act. 104 S. 47). Für die Zeit zwischen dem potentiellen Rentenbeginn im November 2013 und der Begutachtung im Februar 2017 fehlt demnach eine gutachterliche Einschätzung. Aber auch die Aktenlage nach der Begutachtung mit einem dokumentierten erneuten Suizidversuch und einer erneuten stationären Behandlung lässt Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung aufkommen. Die nach der Begutachtung aufgelaufenen Akten weisen darauf hin, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin eben gerade nicht stabil ist und eine



Arbeitsfähigkeit nicht gegeben ist, selbst wenn gemäss dem Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik H.\_\_\_\_ vom 26. Juni 2017 zumindest bei Austritt nur noch eine mittelgradige depressive Symptomatik vorhanden gewesen ist (vgl. IV-act. 115). Sowohl die behandelnden Ärzte der Psychiatrischen Klinik H.\_\_\_\_ als auch Dr. I.\_\_\_\_ sind in ihren Berichten vom 26. Juni 2017 und 24. Juli 2017 noch immer von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen (vgl. IV-act. 115 und 118). Die Stellungnahme von Dr. L.\_\_\_\_ vom 13. November 2017, die zu grossen Teilen in einer Zusammenfassung des Inhalts der nach der Begutachtung eingereichten Akten bestanden hat, hat die Unterschiede zwischen ihrer Arbeitsfähigkeitsschätzung und denjenigen der behandelnden Ärzte ebenfalls nicht nachvollziehbar erklären können (vgl. IV-act. 123). Auch hat sie sich entgegen der Aufforderung des RAD nicht zur Frage geäussert, inwiefern bei der Beschwerdeführerin verminderte Kompensationsressourcen aufgrund der bestehenden Persönlichkeitsproblematik bestünden oder inwiefern es sich bei den Dekompensationen des Gesundheitszustandes lediglich um Anpassungsstörungen aufgrund einer psychosozialen Problematik handle (vgl. IV-act. 119 S. 2).

**3.11.** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung des bidisziplinären Gutachtens vom 4. März 2017 nicht überzeugt. Vielmehr ist aufgrund der gut dokumentierten und nachvollziehbaren Krankheitsgeschichte sowie der zahlreichen übereinstimmenden Arbeitsfähigkeitsschätzungen von psychiatrischen Fachärzten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin - abgesehen von kurzen Episoden mit allfällig marginaler Arbeitsfähigkeit - aus psychischen Gründen seit dem November 2013 bis mindestens Februar 2018 auch in leidensangepassten Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig gewesen ist. Da die Episoden der potentiellen Arbeitsfähigkeit kurz gewesen sind, die in diesen Zeiträumen attestierte Arbeitsfähigkeit bei lediglich 40 % mit gleichzeitig eingeschränkter Leistungsfähigkeit gelegen hat, die Arbeitsfähigkeit insbesondere im Hinblick auf eine Eingliederung attestiert worden ist und der Gesundheitszustand nicht stabil gewesen ist, rechtfertigt es sich grundsätzlich, von einer durchgehenden Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Erst im Februar 2018 ist der Beschwerdeführerin seitens ihrer behandelnden Psychiaterin Dr. I.\_\_\_\_ neu eine ungefähr 20%ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden (vgl. IV-act. 133), nachdem sich ihr Zustand durch eine erneute stationäre (vgl. IV-act. 115), tagesklinische (vgl. IV-act. 133 S. 2) und ambulante Behandlung zumindest kurzfristig wieder etwas stabilisiert zu haben scheint (vgl. IV-act. 133 S. 4). Zu den psychischen Problemen sind allerdings schon damals somatische Leiden hinzugetreten, sodass die Arbeitsfähigkeit auch im Verfügungszeitpunkt vom 24. April 2018 (vgl. IV-act. 144) eher unter 20 % gelegen haben dürfte, zumal die somatischen und psychischen Probleme in Wechselwirkung



zueinander stehen, worauf auch Dr. L. \_\_\_ und Dr. K. \_\_\_ hingewiesen haben (vgl. IV-act. 104 S. 49). Auch Dr. C. \_\_\_ hat in seinem kurz nach dem Verfügungserlass am 6. Mai 2018 erstellten ärztlichen Zeugnis in einer Gesamtschau der somatischen und psychischen Beschwerden überzeugend aufgezeigt, dass die Beschwerdeführerin auf dem ersten Arbeitsmarkt zu 100 % arbeitsunfähig sei (act. G 1.4). Schliesslich ist die Beschwerdeführerin bereits im November 2018 aufgrund einer erneuten psychischen Dekompensation wieder in eine stationäre Behandlung eingetreten (vgl. act. G 13.1), was ebenfalls darauf hindeutet, dass die gesundheitliche Verbesserung im April 2018 nicht stabil gewesen ist. Demnach ist es fraglich, ob im Verfügungszeitpunkt tatsächlich eine 20%ige Arbeitsfähigkeit bestanden hat. Bei einem Valideneinkommen im Jahr 2011 von Fr. 61'644.-- (vgl. IV-act. 3 S. 1; vgl. ferner IV-act. 144 S. 2), hochindexiert auf den Zeitpunkt des Rentenbeginns im Jahr 2013 von gerundet Fr. 62'686.-- (Fr. 61'644.-- / 2604 x 2648; vgl. Tabelle T 39 des Bundesamtes für Statistik, Entwicklung der Nominallohne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 2010-2018) und einem Invalideneinkommen von gerundet Fr. 10'359.-- (20 % von Fr. 51'793.--; vgl. Medianlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Gesundheit 2013 für die im Kompetenzniveau 1 beschäftigten Frauen gemäss Anhang 2 der Gesetzesausgabe der Informationsstelle AHV/IV 2019) resultiert jedenfalls selbst bei der Annahme einer 20%igen Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Erwerbseinbusse von Fr. 52'327.-- ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente (Fr. 52'327.-- x 100 / Fr. 62'686.-- = IV-Grad von gerundet 83.5 %). Weitere Abklärungen zu den somatischen Beschwerden oder Ausführungen zu einem allfälligen Abzug vom Tabellenlohn erübrigen sich somit. Selbstverständlich wird die Beschwerdegegnerin den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin revisionsweise zu überprüfen und bei allfälligen Veränderungen die notwendigen Anpassungen in die Wege zu leiten haben.

#### 4.

**4.1.** Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben. Der Beschwerdeführerin ist rückwirkend ab dem 1. November 2013 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen.

**4.2.** 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<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.



**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 (Art. 61 lit. g ATSG). Im hier zu beurteilenden Fall erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

**4.4.** Da die Gerichtsschreiberin verhindert ist, wird der Entscheid für diese stellvertretend von einer mitwirkenden Richterin unterzeichnet (Art. 39<sup>ter</sup> Abs. 2 VRP).

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

**1.**

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung aufgehoben und der Beschwerdeführerin wird rückwirkend auf den 1. November 2013 eine ganze Invalidenrente zugesprochen; zur Festsetzung des Rentenbetrages wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

**2.**

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen.

**3.**

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