



**Fall-Nr.:** IV 2020/55  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 10.11.2021  
**Entscheiddatum:** 05.05.2021

### **Entscheid Versicherungsgericht, 05.05.2021**

**Vorschlag für Internet-Regeste: Art. 28 IVG: Beweiskraft Gutachten bejaht. Invaliditätsbemessung anhand der gemischten Methode. Auf vier Monate befristeter Anspruch auf eine Viertelsrente bejaht. Unbefristeter Rentenanspruch verneint (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. Mai 2021, IV 2020/55).**

#### **Entscheid vom 5. Mai 2021**

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

IV 2020/55

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Thomas Zogg, rechtsanwälte.og42,  
Oberer Graben 42, 9000 St. Gallen,

gegen



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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte), war bei der B.\_\_\_\_ AG als Verkäuferin in einem Pensum von 60 % angestellt. Am \_\_\_\_ 2013 wurde die Versicherte bei der Arbeit von zwei Tätern überfallen und gefesselt (IV-act. 15; Fremdakten 1-108). Noch am Tag des Überfalls wurde die Versicherte notfallmässig ins Spital eingeliefert, wo die behandelnden Ärzte Fesselspuren an den Hand- und Fussgelenken feststellten und die Diagnose einer akuten Belastungsreaktion bei Raubüberfall am \_\_\_\_ 2013 stellten (Fremdakten, 1-90 ff.). Am 21. August 2013 wurde die Versicherte dem Psychiatrischen Zentrum Z.\_\_\_\_ zur weiteren Behandlung zugewiesen, wo sie bis zum 4. Oktober 2013 stationär betreut wurde. Gemäss Austrittsbericht war sie in einem seelischen Ausnahmezustand eingeliefert worden. Völlig erschöpft und wie betäubt, unfähig das Geschehene in irgendeiner Form zu erfassen oder gar zu beschreiben, habe die Versicherte innerhalb von Sekunden von Teilnahmslosigkeit zu heftigen Gefühlsausbrüchen und sogar Selbstvorwürfen, am Geschehenen Verantwortung zu tragen, gewechselt. Unter Tränen habe sie von Spannungszuständen, Ängsten, Intrusionen, Konzentrationsstörungen und massiven Schlafstörungen erzählt. Weiter habe die Versicherte berichtet, vor ca. zehn Jahren als Mitarbeiterin eines Kiosks schon einen ähnlichen Vorfall erlebt zu haben, ohne dabei jedoch einen persönlichen Schaden erlitten zu haben. Bereits vor dem Überfall am \_\_\_\_ 2013 sei es ihr psychisch nicht gut gegangen. Sie habe sich überfordert und erschöpft gefühlt, da sie für alles in der Familie zuständig gewesen sei. Ihr Ehemann sei Kriegsveteran und durch Kampfhandlungen traumatisiert. Durch seine affektive Labilität sei der Alltag manchmal schwierig. Anamnestisch habe die Versicherte zudem eine schwierige Kindheit erlebt.



Der Vater sei alkoholkrank und im Rausch jeweils gewalttätig gewesen. In den ersten vier bis fünf Wochen der Hospitalisation habe es den Anschein gemacht, als würde sich die Versicherte durch enge Bezugspflege und täglich geführte therapeutische Gespräche stabilisieren. Getriggert durch einen Termin bei der Opferhilfe habe sie sich in der Folge jedoch immer öfter zurückgezogen und sie habe selbst die Patientengemeinschaft, die ihr zuvor noch als grosse Stütze erschienen sei, plötzlich als extrem belastend erlebt. Beim Versuch, die Versicherte in ein störungsspezifisches, multimodales, interdisziplinäres Behandlungssetting einzubinden, seien erneut heftige Symptome aufgetreten. Gequält von traumatischen Bildern des Überfalls, welche zunehmend in den Therapiealltag eingedrungen seien, habe die Versicherte ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten entwickelt, was eine konsequente Teilnahme am Therapieprogramm verunmöglicht habe. Auch habe die Versicherte die stufenweise Reduktion der Lorazepam-Dosierung, die zuvor unproblematisch gewesen sei, nicht mehr toleriert. Um den bisherigen Therapieerfolg nicht weiter zu gefährden, habe man sich dazu entschieden, die begonnene Therapie zu unterbrechen und die Versicherte vorerst in das von ihr als sehr unterstützend erlebte häusliche Umfeld zu entlassen. Als Diagnosen nannten die behandelnden Ärzte eine akute Belastungsreaktion im Übergang zur posttraumatischen Belastungsstörung vor dem Hintergrund einer mittelgradigen depressiven Episode im Vorfeld, früherer Traumata in der Anamnese sowie des Verdachts auf eine Persönlichkeitsakzentuierung mit vorwiegend ängstlich-vermeidenden und abhängigen Zügen (IV-act. 37-6 ff.).

**A.b.** Am 22. Oktober 2013 berichtete Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin Innere Medizin, dass sich der Schlaf und der Appetit der Versicherten verbessert hätten. Sie wirke agiler. Am 21. Oktober 2013 habe sie einen deutlich besseren Eindruck gemacht (Fremdakten, 1-68). In einem Bericht vom 28. Oktober 2013 erklärte Dr. C.\_\_\_\_, dass sie die Versicherte schon seit Jahren behandle. Es sei immer um eine Eisenmangelanämie gegangen. Im September 2011 habe sie ihr wegen einer Erschöpfungsdepression vorübergehend Deanxit und Citalopram verordnet. Allerdings habe ihr die Versicherte mitgeteilt, dass sie lediglich Deanxit kurzfristig eingenommen habe. Bei der Kontrolluntersuchung vom 27. Oktober 2011 habe sich die Versicherte bereits besser gefühlt. Ein drohendes Burnout-Syndrom sei damals als abgewendet erschienen.



Zwischenzeitlich sei es zu keinen depressiven Episoden mehr gekommen (Fremdakten, 1-66).

**A.c.** Am 2. Dezember 2013 berichtete Dr. med. D.\_\_\_\_, Psychiatrische Klinik Y.\_\_\_\_, dass bei der Versicherten psychopathologisch-diagnostisch eine akute, durch eine gewisse Aggravationstendenz nunmehr prolongierte Belastungsreaktion vorliege. Angesichts der Tatsache, dass sich die Versicherte recht enttäuscht und gekränkt über die fehlende Zuwendung ihrer Arbeitgeberin und der Ämter beklagt habe und ihr Leiden deutlich zur Schau stelle, erachte er eine spezifische traumafokussierende Behandlung als nicht geeignet. Zwischen einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer Anpassungsstörung zu unterscheiden, sei in der kurzen Zeit der Behandlung und angesichts der inkonsistenten und teilweise auch widersprüchlichen Berichte der Versicherten kaum möglich gewesen. Gewisse Elemente einer posttraumatischen Störung seien wohl bereits zum Vorschein gekommen. Zudem erscheine die Versicherte gegenüber einer solchen Entwicklung biographisch durch Ereignisse während ihrer Kindheit und Jugend sowie einen Einbruch an einer früheren Arbeitsstelle in gewisser Hinsicht disponiert. Die Versicherte habe ihn, Dr. D.\_\_\_\_, in drei aufeinanderfolgenden Wochen konsultiert, wobei sich rasch gezeigt habe, dass sie eine idiosynkratische Vorstellung von Wiedergutmachung und Entlastung vertrete, in der sein psychiatrisch-psychotherapeutisches Angebot nicht enthalten zu sein scheine. Die Versicherte habe sich genötigt gefühlt, ihn aufzusuchen, und wäre lieber zu dem bereits zuvor konsultierten Dr. med. E.\_\_\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gegangen. Am Anfang der dritten Sitzung habe sie, verärgert durch eine kurze Wartezeit, ihre Mitarbeit aufgekündigt. Er würde aktuell eine stationäre Abklärung und Behandlung der Versicherten in der psychiatrischen Klinik Y.\_\_\_\_ empfehlen (Fremdakten, 1-52 f.).

**A.d.** Am 24. Januar 2014 berichtete Dr. C.\_\_\_\_, dass die Versicherte den Hausarzt gewechselt habe und nicht mehr zu ihr komme (Fremdakten, 1-34).

**A.e.** In einem Bericht vom 25. Februar 2014 nannte Dr. E.\_\_\_\_ als Diagnosen eine posttraumatische Belastungsstörung, eine selbstunsichere Persönlichkeitsstörung sowie eine mittel- bis schwergradige depressive Episode. Weiter hielt er fest, dass in der nunmehr dreimonatigen Behandlungsphase intensive Ängste im Vordergrund



gestanden hätten. Die Versicherte sei immer sehr angespannt, klage über zwanghafte Erinnerungen an den erlebten Überfall und äussere Angst, an ihre bisherige Arbeitsstelle zurückzukehren, zumal sie bereits sieben Jahre zuvor einen ähnlichen Überfall erlebt habe. In der bisherigen Therapie seien nur kleine Schritte erreicht worden. Die Versicherte sei tagsüber noch immer auf die Anwesenheit einer Drittperson angewiesen. In der Nacht werde sie von Albträumen heimgesucht. Ihr erscheine häufig, dass jemand an die Türe oder die Fenster klopfe, was bei ihr Panik auslöse. Die Versicherte habe Angst vor Kontakten mit Personen. Sie lebe seit dem Überfall sozial ganz isoliert. Schon in ihrer Kindheit habe sie eine Reaktion auf die erlebte Aggression ihres Vaters gezeigt. Man könne aber annehmen, dass auch der Überfall, der vor einigen Jahren stattgefunden habe, eine wichtige Rolle in der Art und Weise der jetzigen Reaktion spiele. Es sei von einer Retraumatisierung auszugehen (Fremdakten, 1-11).

### **B.**

**B.a.** Am 18. März 2014 meldete sich die Versicherte bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen (nachfolgend: IV-Stelle) für berufliche Massnahmen und Rentenleistungen an (IV-act. 1). In einem Bericht vom 1. April 2014 erklärte Dr. E.\_\_\_\_, dass die Versicherte seit dem Überfall vom .\_\_\_\_ 2013 an erheblichen psychischen Problemen leide und zu 100 % arbeitsunfähig sei. Als Diagnosen nannte er eine posttraumatische Belastungsstörung (bestehend seit dem .\_\_\_\_ 2013), eine ängstliche Persönlichkeitsstörung (bestehend seit der Kindheit) sowie eine mittel- bis schwergradige Depression (bestehend seit dem .\_\_\_\_ 2013; IV-act. 11).

**B.b.** Vom 18. August bis 24. Oktober 2014 wurde die Versicherte in der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums Z.\_\_\_\_ behandelt. Im Austrittsbericht wurden als Diagnosen eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine schwergradige depressive Episode ohne psychotische Symptome genannt. Weiter hiess es, eine Teilnahme an Gruppenaktivitäten sei für die Versicherte kaum aushaltbar gewesen. Sie habe anschliessend längere Pausen im Ruheraum benötigt. An der Kochgruppe habe sie stets mit Freude teilgenommen und habe sich manchmal auch kreativ einbringen können. Einzelgespräche seien nie länger als 15 Minuten möglich gewesen. Die Versicherte habe sich rasch überfordert und ängstlich gefühlt. Sie sei deutlich leidend



gewesen. Aufgrund der Überforderung habe man eine Pause vom teilstationären Rahmen beschlossen. Der Versicherten sei auch der Vorschlag einer psychiatrischen Spitex unterbreitet worden, was diese aber zunächst mit Dr. E.\_\_\_\_ habe besprechen wollen. Die Versicherte werde in einem leicht verschlechterten Zustand in die alten Verhältnisse entlassen mit der Empfehlung einer stationären Behandlung in einer traumaspezifischen Klinik (IV-act. 26).

**B.c.** In einem Bericht an die IV-Stelle vom 2. März 2015 hielt Dr. E.\_\_\_\_ fest, dass die Versicherte seit dem 14. Oktober 2013 durch ihn behandelt werde. Trotz der durchgeführten ambulanten und medikamentösen Therapie sei ihr Zustand unverändert geblieben. Deswegen habe er sie in die Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums Z.\_\_\_\_ eingewiesen, wo sie sich vom 18. August bis zum 24. Oktober 2014 aufgehalten habe und in leicht verschlechtertem Zustand entlassen worden sei. Neu beurteilte Dr. E.\_\_\_\_ die depressive Störung als schwergradig. Die Fortsetzung der Therapie habe ebenfalls keine namhafte Verbesserung gebracht. Die Option einer Behandlung auf einer traumaspezifischen Abteilung sei noch offen (IV-act. 30).

**B.d.** Mit Mitteilung vom 9. März 2015 lehnte die IV-Stelle das Gesuch der Versicherten um berufliche Massnahmen ab, da solche aufgrund des Gesundheitszustandes zurzeit nicht möglich seien. Sollten sich die Verhältnisse ändern, könne die Versicherte ein neues Gesuch einreichen (IV-act. 34).

**B.e.** Vom 3. bis 11. Februar 2016 nahm die Versicherte an einer stationären Traumatherapie in der Klinik F.\_\_\_\_ teil. Im Austrittsbericht vom 24. Februar 2016 hiess es, dass bei der Versicherten zu Beginn der Behandlung erhebliche Schwierigkeiten bestanden hätten, sich befriedigend ins Alltagsleben einzubringen. Ängste, emotionale Labilität, seelische Leere sowie schädigende Kompensationsformen hätten im Vordergrund gestanden. Die Versicherte sei im stationären Rahmen kaum fähig gewesen, neue Anpassungsstrategien zu nutzen. Sie habe sich wenig in die Stationskultur eingelebt, sondern habe sich nach eigenen Angaben vorwiegend in ihrem Zimmer aufgehalten und auf den Besuch der Familie gewartet, der morgens und abends stattgefunden habe. Die Versicherte sei der Therapie gegenüber ambivalent eingestellt gewesen, habe äussere Gegebenheiten verleugnet und die Auseinandersetzung mit kritischen Themen vermieden. Die ausbleibende



Kostengutsprache habe die Versicherte durcheinandergebracht, da sie angenommen habe, diesbezüglich sei alles bereits bei Eintritt geregelt gewesen. Sie habe andere gebeten, die ungeklärten Angelegenheiten zu regeln. Eine Therapeutin, die sie nach einer Woche einmalig um Klärung der Kostengutsprache gebeten habe, habe sie als in hohem Masse strafend und verfolgend erlebt. Infolgedessen habe sie sich einen Therapeutenwechsel gewünscht. Da dies im aktuellen Setting nicht möglich gewesen sei, habe die Versicherte den Aufenthalt auf eigenen Wunsch vorzeitig beendet. Sie wolle die ambulante Therapie bei Dr. E.\_\_\_\_ weiterführen. Als notwendige Bedingungen für einen erneuten stationären Eintritt würden das Beibehalten einer Tagesstruktur, die Bereitschaft, sich in einem Mindestmass in eine bestehende Gruppe einzuleben sowie die regelmässige ambulante Psychotherapie gesehen. Bei Bedarf und entsprechender Vorbereitung könne sich die Versicherte zu einem erneuten Vorgespräch anmelden (IV-act. 67-5 ff.; zum Zuweisungsschreiben von Dr. E.\_\_\_\_ vgl. IV-act. 67-13 f.).

**B.f.** In einem Fragebogen zur Rentenabklärung gab die Versicherte am 8. August 2016 an, dass sie ohne Gesundheitsschaden heute in einem Pensum von 60-100 % erwerbstätig wäre, da ihre Kinder (...) seien (IV-act. 56; zu dem am 22. August 2018 erneut ausgefüllten Fragebogen, wonach die Versicherte als Gesunde in einem Pensum von 80-100 % arbeiten würde, vgl. ferner IV-act. 78).

**B.g.** Am 16. Januar 2017 berichtete Dr. E.\_\_\_\_, dass trotz gewisser Fortschritte die Notwendigkeit für eine intensivere Behandlung bestehe, um eine weitere psychische Stabilität zu erreichen. Deswegen werde die Versicherte in die Tagesklinik X.\_\_\_\_ überwiesen. Es sei zu hoffen, dass sie durch diese Behandlung auf die Fortsetzung der Traumatherapie vorbereitet werde (Fremdakten, 47-1 f.; zu einem vorhergehenden Bericht vom 13. Mai 2016 vgl. Fremdakten, 14-1 f.).

**B.h.** Vom 13. Januar bis 3. Februar 2017 war die Versicherte in der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums X.\_\_\_\_ behandelt worden. Im Austrittsbericht hielten die behandelnden Ärzte fest, dass die Versicherte anfangs sehr schüchtern gewesen sei und kaum hörbar geflüstert habe. Sie scheine von Anfang an mit dem Setting überfordert gewesen zu sein. Die Gruppentherapien habe sie kaum ausgehalten, sich in die Ruheräume zurückgezogen und nicht an den gemeinsamen Essenszeiten



teilgenommen. Es habe sie nur schon Überwindung gekostet, in die Tagesklinik zu kommen. Aus diesem Grund habe sie die Behandlung abgebrochen (IV-act. 66-2 f.).

**B.i.** Am 9. Juli 2018 berichtete Dr. E.\_\_\_\_, dass die Versicherte nur in einem geschützten Rahmen einem Pensum von 50 % nachgehen könnte. Da sich die Versicherte durch die stationären und teilstationären Behandlungen überfordert gefühlt habe, seien keine solchen mehr geplant. Die Prognose sei ungünstig (IV-act. 74; zu einem weiteren Bericht vgl. IV-act. 84).

**B.j.** In einer Stellungnahme vom 2. August 2018 hielt der regionale ärztliche Dienst (RAD) fest, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht unklar sei, ob die Versicherte die Therapien tatsächlich aufgrund ihres Gesundheitszustandes nicht habe bewältigen können oder ob eher eine fehlende Mitwirkung und mangelnde Kooperation im Vordergrund gestanden hätten. Die übertrieben anmutende Beschwerdeschilderung der Versicherten und ihre Anspruchshaltung (z.B. der dezidierte Wunsch nach einem Therapeutenwechsel auf der Traumastation, der nicht zu einer ängstlich-abhängigen Persönlichkeit passe) oder der Abbruch der ambulanten Behandlung bei Dr. D.\_\_\_\_, nachdem sie eine kurze Wartezeit habe in Kauf nehmen müssen, wiesen nicht unbedingt auf einen der Symptomatik entsprechenden Leidensdruck hin. Eine seit fünf Jahren bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit könne aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht nachvollzogen werden (IV-act. 75-5 f.).

**B.k.** Am 7. November 2018 fand bei der Versicherten eine Haushaltsabklärung statt. Im entsprechenden Abklärungsbericht stufte die IV-Eingliederungsverantwortliche die Versicherte als im Gesundheitsfall zu 20 % im Haushalt und zu 80 % im Erwerbsbereich tätig ein. Weiter hielt sie fest, dass die Versicherte nicht aktiv an der Abklärung teilgenommen habe. Sie habe während der ganzen Abklärung auf der Polstergruppe gelegen. Das Verhalten und das Schlafen der Versicherten anlässlich der Abklärung seien nicht nachvollziehbar (IV-act. 82).

**B.l.** Am 5. April 2019 hielt der RAD fest, dass die übertrieben anmutende Beschwerdeschilderung der Versicherten nicht nachvollziehbar sei. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei das Verhalten der Versicherten anlässlich der Haushaltsabklärung nicht durch krankheitsbedingte Symptome zu erklären. Zur



abschliessenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei eine psychiatrische Begutachtung angezeigt (IV-act. 86-2).

**B.m.** Am 2. November 2019 erstattete med. pract. G.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, im Auftrag der IV-Stelle ein psychiatrisches Gutachten (IV-act. 96). Als Diagnosen nannte sie eine depressive Episode, gegenwärtig leicht bis allenfalls zeitweilig mittelgradig, eine posttraumatische Belastungsstörung, gegenwärtig weitgehend remittiert, sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlichen und abhängigen Persönlichkeitszügen (IV-act. 96-39). Sodann kam med. pract. G.\_\_\_\_ zum Schluss, dass die Versicherte die bisherige Tätigkeit noch ca. 5 bis 5.5 Stunden pro Tag ausüben könne bei einer Leistungsminderung von ca. 10 %. Gesamthaft betrage die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bezogen auf ein Pensum von 100 % ca. 50 %. Im Haushalt liessen sich bei einer freien Zeiteinteilung keine Einschränkungen feststellen. Die der Versicherten ab August 2013 attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit lasse sich aus gutachterlicher Sicht bis Oktober 2013 gut nachvollziehen. Vermutlich seit Oktober 2013, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit Oktober 2014 und mit Sicherheit spätestens ab dem Zeitpunkt der Begutachtung, also ab Oktober 2019, liege eine ca. 50%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit vor. In einer optimal leidensangepassten Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit auf 100 % zu schätzen. Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die Stresstoleranz, die emotionale Belastbarkeit und die selbständige Strukturierung der Arbeitsabläufe seien nicht zu empfehlen. Auch Nachtschichten seien ungeeignet (IV-act. 96-55).

**B.n.** In einer Stellungnahme vom 13. November 2019 bezeichnete der RAD das Gutachten als umfassend und einleuchtend. Die festgestellten psychischen Einschränkungen entsprächen in ihrer Ausprägung nicht den von der Versicherten angegebenen Beeinträchtigungen. Die Einschätzung von med. pract. G.\_\_\_\_, wonach es sich um ein eigenwilliges, subjektives Krankheitskonzept mit einem daraus resultierenden maladaptiven Krankheits-, Schon- und Vermeidungsverhalten bei einem hohen sekundären Krankheitsgewinn handle, werde vom RAD geteilt. Es fänden sich sowohl in den Aussagen als auch im Verhalten der Versicherten zahlreiche Inkonsistenzen und Widersprüche, die von med. pract. G.\_\_\_\_ beschrieben worden seien. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von med. pract. G.\_\_\_\_ sei plausibel. In der angestammten Tätigkeit sei von einer 50%igen und in einer angepassten Tätigkeit von



## St.Galler Gerichte

einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Diese Arbeitsfähigkeiten würden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit Oktober 2014 und mit Sicherheit seit Oktober 2019 gelten. Im Haushalt lägen bei freier Zeiteinteilung keine Einschränkungen vor (IV-act. 97-5 f.).

**B.o.** Mit Vorbescheid vom 14. November 2019 wurde der Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 0 % in Aussicht gestellt. Die Versicherte sei als zu 80 % im Erwerb und als zu 20 % im Haushalt Tätige eingestuft worden. In der angestammten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, in einer angepassten eine solche von 100 % (IV-act. 100).

**B.p.** Gegen diesen Vorbescheid erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. T. Zogg, St. Gallen, am 6. Januar 2020 Einwand. Diesem legte sie eine Stellungnahme von Dr. E.\_\_\_\_ vom 12. Dezember 2019 sowie eine psychiatrische Beurteilung von Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Konsiliarpsychiater der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva), vom 25. August 2017 bei (IV-act. 103 und 105).

**B.q.** Nach der Einholung einer erneuten RAD-Stellungnahme (vgl. IV-act. 106) verfügte die IV-Stelle am 7. Februar 2020 die Abweisung des Rentenbegehrens (IV-act. 107).

### **C.**

**C.a.** Gegen diese Verfügung erhob die weiterhin durch Rechtsanwalt Zogg vertretene Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 11. März 2020 Beschwerde. Sie beantragte, die Verfügung vom 7. Februar 2020 sei aufzuheben und ihr sei rückwirkend ab dem 1. Oktober 2014 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (act. G 1). Weiter beantragte sie die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und Rechtsverteidigung für das Verfahren vor Versicherungsgericht (act. G 1 und 4).

**C.b.** In ihrer Beschwerdeantwort vom 28. Mai 2020 beantragte die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde (act. G 5).

**C.c.** Am 3. Juni 2020 entsprach das Versicherungsgericht dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung



der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) für das Verfahren vor Versicherungsgericht (act. G 6).

**C.d.** In ihrer Replik vom 3. September 2020 hielt die Beschwerdeführerin an den in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren fest (act. G 10).

**C.e.** Mit Schreiben vom 15. September 2020 hielt die Beschwerdegegnerin an dem in der Beschwerdeantwort gestellten Antrag fest und verzichtete auf die Erstattung einer ausführlichen Duplik (act. G 12).

### Erwägungen

#### 1.

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

#### 2.

**2.1.** Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, 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]). 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. Als Invalidität gilt laut 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 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). Die Invalidität ist bei im Gesundheitsfall Vollzeiterwerbstätigen durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln



(Art. 16 ATSG). Wenn eine versicherte Person auch ohne die Gesundheitsbeeinträchtigung nicht voll, sondern nur teilerwerbstätig gewesen wäre, ist der Invaliditätsgrad gemäss der langjährigen Praxis des Bundesgerichts nicht anhand eines reinen Einkommensvergleichs (vgl. Art. 16 ATSG), sondern anhand der sogenannten gemischten Methode zu berechnen. Hierbei ist der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (vgl. Art. 28a Abs. 3 IVG; BGE 141 V 21 E. 3.2). Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, ergibt sich gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (Urteil des Bundesgerichts vom 17. April 2019, 8C\_820/2018, E. 3.2). Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (Urteil des Bundesgerichts vom 11. August 2016, 9C\_179/2016, E. 4.2.1 mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin aufgrund deren Angaben in den Fragebögen zur Rentenabklärung (vgl. IV-act. 56-1 und 78-1) sowie anlässlich der Haushaltsabklärung (vgl. IV-act. 82-5) zu Recht als im Gesundheitsfall Teilzeiterwerbstätige (80 % Erwerb, 20 % Haushalt) eingestuft (vgl. IV-act. 107). Auch die Beschwerdeführerin kritisiert diese von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Qualifikation nicht (vgl. act. G 1 und 10).

**2.2.** Um die Arbeitsfähigkeit bzw. Leistungsfähigkeit einer versicherten Person 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). 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.** Für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin hat sich die Beschwerdegegnerin sowohl hinsichtlich des Erwerbsteils (Gewichtung 80 %) als auch hinsichtlich des Aufgabenbereichs (Gewichtung 20 %) auf das Gutachten von med. pract. G.\_\_\_\_ sowie die Stellungnahmen des RAD abgestützt (vgl. act. G 5). Demgegenüber erachtet die Beschwerdeführerin das Gutachten aus verschiedenen Gründen als nicht beweiskräftig (vgl. act. G 1 und 10).

### 3.2.

**3.2.1.** Zunächst bemängelt die Beschwerdeführerin das Gutachten von med. pract. G.\_\_\_\_ dahingehend, dass es Inkonsistenzen enthalte. So habe med. pract. G.\_\_\_\_ einerseits ausgeführt, dass sie, die Beschwerdeführerin, in ihren Antworten auf konkrete Fragen zu den geltend gemachten Beschwerden trotz wiederholter Nachfragen wenig konkret und stereotyp geblieben sei. Andererseits habe med. pract. G.\_\_\_\_ festgehalten, dass die Angaben bei konkreten Nachfragen wiederholt inkonsistent, punktuell auch widersprüchlich gewesen seien. Diese Schlussfolgerungen seien nicht nachvollziehbar. Wenn Antworten stereotyp seien, könnten sie nicht gleichzeitig inkonsistent sein. Des Weiteren habe med. pract. G.\_\_\_\_ ausgeführt, dass viele ihrer Fragen nicht beantwortet worden seien, da sie, die Beschwerdeführerin, eine fehlende Erinnerung bzw. massive Gedächtnisstörungen seit dem Überfall geltend gemacht habe. Im Widerspruch dazu habe die Gutachterin dann aber festgehalten, dass bei der Konfrontation mit den in den Akten beschriebenen Ereignissen ein gutes Erinnerungsvermögen vorgelegen habe (act. G 1 S. 8 f.).

**3.2.2.** Dass die Beschwerdeführerin teilweise angegeben hat, sich nicht erinnern zu können, sich andererseits aber an gewisse Ereignisse sehr gut hat erinnern können, ist tatsächlich widersprüchlich. Diese Widersprüchlichkeit hat aber nicht die Gutachterin, sondern die Beschwerdeführerin zu verantworten. Med. pract. G.\_\_\_\_ weist insofern plausibel auf dieses widersprüchliche Erinnerungsvermögen hin, als es eben gerade Zweifel an den geltend gemachten Erinnerungslücken aufkommen lässt. Was den Einwand der Beschwerdeführerin hinsichtlich des Antwortverhaltens betrifft, ist festzuhalten, dass Antworten durchaus oberflächlich, also in gewisser Weise stereotyp, und gleichzeitig inkonsistent sein können. Dies zeigt sich in der im Gutachten enthaltenen detaillierten Dokumentation der gegebenen Antworten (vgl. IV-act. 96-26 ff.).



### 3.3.

**3.3.1.** Weiter macht die Beschwerdeführerin geltend, dass das psychiatrische Gutachten nicht überzeuge, da sich med. pract. G.\_\_\_\_ nicht rechtsgenügend mit anderslautenden fachärztlichen Beurteilungen auseinandergesetzt habe. Ihre Einschätzung stehe im Widerspruch zur Beurteilung des behandelnden Psychiaters Dr. E.\_\_\_\_, welcher eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für angepasste Tätigkeiten attestiert habe. Auch der Hausarzt Dr. med. I.\_\_\_\_, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, sei in seinem Bericht vom 28. März 2018 von einer schweren Depression ausgegangen und habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit attestiert. Dr. med. J.\_\_\_\_, praktischer Arzt, sei in seinem Bericht vom 27. April 2015 ebenfalls von einer akuten Belastungsreaktion ausgegangen. Schliesslich stehe das Gutachten von med. pract. G.\_\_\_\_ auch in einem Widerspruch zum Bericht des Psychiatrischen Zentrums Z.\_\_\_\_ vom 13. Januar 2014 und demjenigen der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums X.\_\_\_\_ vom 23. Mai 2017, in welchen ebenfalls von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen worden sei. Weiter widerspreche das Gutachten auch der Stellungnahme von Dr. H.\_\_\_\_ vom August 2017. Dieser sei davon ausgegangen, dass ein überwiegender Teil der Symptomatik ohne den Überfall vom \_\_\_\_ 2013 nicht vorhanden wäre und dass sämtliche zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft seien, weshalb von der weiteren Behandlung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung mehr erwartet werden könne (act. G 1 S. 9 ff.).

**3.3.2.** Entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin hat sich med. pract. G.\_\_\_\_ ausreichend mit den teils divergierenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt. Die Herleitung der von ihr gestellten Diagnosen hat sie im Gutachten detailliert beschrieben und dabei auf die von anderen Ärzten gestellten Diagnosen ausreichend Bezug genommen. Sie hat ausführlich begründet, weshalb eine allenfalls früher vorhandene schwere depressive Episode sowie eine posttraumatische Belastungsstörung als weitgehend remittiert anzusehen seien (vgl. IV-act. 96-39 ff.). Im Weiteren hat sie bezüglich der Diagnosestellung auch auf Inkonsistenzen in den Berichten der behandelnden Ärzte hingewiesen. So hat sie beispielsweise festgehalten, dass im Austrittsbericht der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums Z.\_\_\_\_ vom 13. Januar 2014 (vgl. IV-act. 26) die Diagnose einer schweren depressiven Episode gestellt worden sei, eine solche aber nicht zu den im Bericht enthaltenen Beschreibungen, wonach die Beschwerdeführerin stets mit Freude an einer Kochgruppe teilgenommen habe und sich dabei kreativ habe einbringen können, passe (IV-act. 96-49). Auch hat med. pract. G.\_\_\_\_ den zeitlichen Verlauf der Erkrankung unter Würdigung der Berichte



der behandelnden Ärzte dargelegt. Dabei hat sie namentlich darauf hingewiesen, dass die ärztlicherseits kurz nach dem Überfall vom .\_\_\_ 2013 erfolgte diagnostische Einschätzung einer akuten Belastungsreaktion absolut nachvollziehbar sei ebenso wie die im Austrittsbericht des Psychiatrischen Zentrums Z. \_\_\_ vom 3. Oktober 2013 erwähnte posttraumatische Belastungsstörung. Retrospektiv sei auch die damals diagnostizierte schwere depressive Episode nachvollziehbar. Dr. D. \_\_\_ habe dann allerdings in seinem Bericht vom Dezember 2013 (Fremdakten, 1-52 f.) bereits Inkonsistenzen und Widersprüche in der Beschwerdeschilderung der Beschwerdeführerin beschrieben, die gerade auch vor dem Hintergrund der hausärztlichen Berichte von Dr. C. \_\_\_ (vgl. Fremdakten 1-66, 1-68 und 1-34) sowie vor dem Hintergrund des Austrittsberichts des Psychiatrischen Zentrums Z. \_\_\_ vom 4. Oktober 2013 (IV-act. 37-6 ff.) einleuchtend seien (IV-act. 96-48 ff.). In der Tat erscheint es fragwürdig, wenn sich der Zustand der Beschwerdeführerin in den ersten Wochen des stationären Aufenthaltes im Psychiatrischen Zentrum Z. \_\_\_ stark verbessert hat, während sich gegen Ende des Aufenthaltes - angeblich ausgelöst durch einen Termin bei der Opferberatung - plötzlich ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten eingestellt hat, welches eine konsequente Teilnahme am Therapieprogramm verunmöglicht hat (vgl. IV-act. 37-6 ff.). Auch im Rahmen der im Jahr 2014 begonnenen tagesklinischen Behandlung im Psychiatrischen Zentrum Z. \_\_\_ ist gegen Ende des Aufenthaltes - wiederum angeblich ausgelöst durch einen Kontakt mit einer anderen Institution - eine Dekompensation bzw. eine Verschlechterung der Beschwerden eingetreten (vgl. IV-act. 26). Aus psychiatrischer Sicht hat med. pract. G. \_\_\_ keinen nachvollziehbaren Zusammenhang zwischen den Dekompensationen und der Problematik der posttraumatischen Belastungsstörung erkannt (IV-act. 96-53). Auch die nachfolgenden Versuche einer stationären oder teilstationären Behandlung sind gescheitert. Der Aufenthalt in einer speziell auf Opfer von Traumata ausgerichteten Station der F. \_\_\_ im Februar 2016 ist seitens der Versicherten nach wenigen Tagen abgebrochen worden, da ihrem Wunsch nach einem Wechsel der Therapeutin nicht nachgekommen worden ist. Gemäss Austrittsbericht der F. \_\_\_ vom 24. Februar 2016 hat sich die Beschwerdeführerin kaum in die Patientengruppe eingefügt, sondern morgens und abends auf den Besuch der Familie gewartet. Die behandelnden Ärzte der F. \_\_\_ haben für einen allfälligen erneuten Aufenthalt die Bedingung formuliert, dass die Beschwerdeführerin die Bereitschaft mitbringen müsste, sich in einem Mindestmass in eine bestehende Gruppe einzuleben sowie an einer regelmässigen Psychotherapie teilzunehmen (IV-act. 71). Auch die Teilnahme am Programm der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums X. \_\_\_ anfangs 2017 ist von der Beschwerdeführerin vorzeitig beendet worden (IV-act. 66-2 f.). Schon Dr. H. \_\_\_ hat in seiner Beurteilung vom August



2017, auf die sich die Beschwerdeführerin unter anderem beruft (vgl. E. 3.3.1), bezweifelt, dass die zahlreichen Therapieabbrüche einzig aufgrund eines Überforderungsgefühls erfolgt seien. Als mögliche Ursache für die Behandlungsabbrüche hat er auch die Ambivalenz der Beschwerdeführerin gegenüber den angebotenen Therapien erwähnt (vgl. IV-act. 103-21 ff.). Weiter hat der RAD in seiner Stellungnahme vom 2. August 2018 darauf hingewiesen, dass die Anspruchshaltung der Beschwerdeführerin (z.B. der dezidierte Wunsch nach einem Therapeutenwechsel oder der Abbruch der ambulanten Behandlung bei Dr. D.\_\_\_\_ aufgrund einer kurzen Wartezeit) nicht unbedingt auf einen Leidensdruck hindeuten würden. Diese Anspruchshaltung passe auch nicht zu einer ängstlich-abhängigen Persönlichkeit (IV-act- 75-5). Damit übereinstimmend hat med. pract. G.\_\_\_\_ retrospektiv lediglich hinsichtlich der ersten stationären psychiatrischen Behandlung im Zeitraum von August bis Oktober 2013 eine gute Motivation der Beschwerdeführerin erkannt, während sie die Motivation hinsichtlich der von August bis Oktober 2014 erfolgten tagesklinischen Behandlung vor dem Hintergrund eines sekundären Krankheitsgewinns zumindest als ambivalent gewertet hat. Eine tragfähige Motivation zu einer Trauma-spezifischen Behandlung in der F.\_\_\_\_ im Februar 2016 oder zur tagesklinischen Behandlung in X.\_\_\_\_ anfangs 2017 ist für die Gutachterin nicht erkennbar gewesen (IV-act. 96-50). Diese Einschätzung von med. pract. G.\_\_\_\_ wird durch die im Rahmen der Begutachtung durchgeführte Messung der Spiegel der verordneten Medikamente gestützt. Der Serumspiegel des Medikaments Temesta (Wirkstoff Lorazepam) hat nämlich unterhalb des therapeutischen Bereichs gelegen und jener des schlafanstossenden Antidepressivums Trimipramin ist überhaupt nicht nachweisbar gewesen (IV-act. 96-50 f.). Darüber hinaus sind med. pract. G.\_\_\_\_ im Rahmen der Begutachtung weitere Inkonsistenzen im Verhalten und in den seitens der Beschwerdeführerin geltend gemachten Erinnerungslücken aufgefallen (vgl. IV-act. 96; vgl. dazu auch E. 3.2). Auch das von der Beschwerdeführerin anlässlich der Haushaltsabklärung durch die Beschwerdegegnerin gezeigte Verhalten, das bereits den RAD irritiert hatte (die Beschwerdeführerin hat die ganze Zeit auf der Polstergruppe gelegen und keine Auskunftsbereitschaft gezeigt; vgl. IV-act. 82), hat sich med. pract. G.\_\_\_\_ medizinisch nicht hinreichend erklären können (vgl. IV-act. 96-54). Gerade vor diesem Hintergrund ist es nicht zu beanstanden, dass med. pract. G.\_\_\_\_ nicht unbesehen auf die von den behandelnden Ärzten attestierten Diagnosen und Arbeitsunfähigkeiten abgestellt, sondern diese kritisch hinterfragt hat, zumal die behandelnden Ärzte wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung geneigt sein können, eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5; Urteil des Bundesgerichts vom 29. Oktober 2014, 8C\_677/2014, E. 7.2). Med. pract. G.\_\_\_\_



hat denn auch einleuchtend dargelegt, dass Dr. E.\_\_\_\_ sich als behandelnder Arzt nicht mit den bereits von Dr. D.\_\_\_\_ beschriebenen Inkonsistenzen befasst, sondern in seinen Berichten zu grossen Teilen auch auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt habe (vgl. IV-act. 96-52). Sodann seien in den Austrittsberichten der F.\_\_\_\_ (IV-act. 67-5 ff.) und der Psychiatrischen Tagesklinik X.\_\_\_\_ (IV-act. 66-2 f.) Diagnosen unkritisch übernommen worden und die in den Berichten erwähnten psychopathologischen Befunde stellten eine Vermischung von subjektiven Beschwerden und tatsächlich festgestellten psychischen Symptomen dar, weshalb aus gutachterlicher Sicht auf diese Berichte nicht abgestellt werden könne (vgl. IV-act. 96-53). Soweit die Beschwerdeführerin sich auf den Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ vom 28. März 2018 beruft, ist auf die darin enthaltenen Ausführungen zu verweisen, wonach sie diesen Hausarzt nach November 2012 lediglich im Oktober 2017 einmalig wegen thorakaler Schmerzen aufgesucht habe und am 6. März 2018 erneut vorstellig geworden sei, um über die letzten fünf Jahre zu berichten. Dementsprechend hat Dr. I.\_\_\_\_ bezüglich Diagnosen und Arbeitsunfähigkeiten auf die Einschätzung von Dr. E.\_\_\_\_ abgestellt und die Beschwerdegegnerin für weitere Angaben an ihn verwiesen (vgl. IV-act. 67-1 ff.). Auch Dr. J.\_\_\_\_ hat in seinem Bericht vom 27. April 2015 im Wesentlichen auf weitere Berichte verwiesen (vgl. IV-act. 37-2 ff.). Zusammenfassend erscheint die Einschätzung von med. pract. G.\_\_\_\_, wonach eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit lediglich bis Oktober 2013 gut nachvollziehbar sei, während vermutlich schon danach und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit Oktober 2014 in der angestammten Tätigkeit eine 50%ige und einer leidensangepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vorliege (vgl. IV-act. 96-55), einleuchtend. An diesem Ergebnis vermag auch der im Beschwerdeverfahren neu eingereichte Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 4. März 2020 nichts zu ändern (vgl. act. G 1.1.3). Ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten ist nämlich nicht stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte später zu anderslautenden Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Mai 2008, 9C\_24/2008, E. 2.3.2 mit weiterem Hinweis). Solche im Rahmen der Begutachtung unberücksichtigt gebliebenen Aspekte sind dem neu eingereichten Bericht nicht zu entnehmen.



### 3.4.

**3.4.1.** Schliesslich rügt die Beschwerdeführerin die Dauer der Begutachtung. Es liege auf der Hand, dass die aus einem knapp dreistündigen Gespräch gezogenen Schlüsse nicht vergleichbar seien mit der Diagnose und der Einschätzung von Dr. E.\_\_\_\_, der sie über längere Zeit regelmässig fachärztlich betreut habe. Insbesondere bei psychischen Problemen erscheine eine einmalige Begutachtung nicht ausreichend, um eine verlässliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vornehmen und die Berichte der behandelnden Fachärzte in Frage stellen zu können (vgl. act. G 1 S. 7).

**3.4.2.** Dass sich eine psychiatrische Begutachtung nicht auf einen gleich langen Beobachtungszeitraum wie Berichte behandelnder Fachleute stützen kann, liegt in der Natur der Sache. Dieser Umstand allein vermag den Beweiswert einer Expertise jedoch nicht zu schmälern (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. November 2012, 9C\_671/2012, E. 4.5). Med. pract. G.\_\_\_\_ hat die Beschwerdeführerin sorgfältig und in Kenntnis der Vorakten exploriert. Vorliegend sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass die Dauer der Untersuchung keine seriöse Beurteilung der Beschwerdeführerin erlaubt hätte.

**3.5.** Die von der Beschwerdeführerin gegen das Gutachten von med. pract. G.\_\_\_\_ vorgebrachten Einwände erweisen sich nach dem Gesagten als nicht stichhaltig. Vielmehr leuchtet die von med. pract. G.\_\_\_\_ bescheinigte Arbeitsfähigkeit in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Weiter bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass objektiv wesentliche Tatsachen im Gutachten nicht berücksichtigt worden wären. Schliesslich hat med. pract. G.\_\_\_\_ auch die vom Bundesgericht definierten Standardindikatoren des strukturierten Beweisverfahrens ausreichend berücksichtigt. Auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung von med. pract. G.\_\_\_\_ kann somit abgestellt werden. Folglich ist bis September 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Ab Oktober 2014 ist in der angestammten Tätigkeit als Verkäuferin von einer 50%igen und in optimal leidensangepassten Tätigkeiten von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (IV-act. 96-55 und 97-5 f.). Im Haushaltsbereich sind unter Berücksichtigung der Art der Beeinträchtigungen bei freier Zeiteinteilung sodann keine Einschränkungen anzunehmen (vgl. IV-act. 96-55).

### 4.

**4.1.** In einem nächsten Schritt sind die erwerblichen Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung zu prüfen. Dabei ist der Invaliditätsgrad anhand der sogenannten gemischten Methode festzusetzen (vgl. E. 2.1).



### 4.2.

**4.2.1.** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades im Erwerbsbereich wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Entscheidend für den Einkommensvergleich sind grundsätzlich die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs (vgl. BGE 129 V 222).

**4.2.2.** Die IV-Anmeldung der Beschwerdeführerin ist am 18. März 2014 bei der Beschwerdegegnerin eingetroffen (IV-act. 1-1). Der früheste Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG wäre somit der 1. September 2014. Das Wartejahr i.S.v. Art. 28 Abs. 1. lit. b IVG war zu diesem Zeitpunkt bereits verstrichen, da die Arbeitsunfähigkeit am Tag des Überfalls vom .\_\_ 2013 ihren Anfang genommen hat (vgl. IV-act. 1-5). Massgebend für den Einkommensvergleich ist somit das Jahr 2014.

**4.2.3.** Für das Valideneinkommen ist entscheidend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und ihrer persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im massgebenden Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns hätte verdienen können, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; BGE 135 V 59 E. 3.1 und 139 V 30 E. 3.3.2, je mit Hinweisen). Ausgehend von den Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin (vgl. IV-act. 15-3) hat die Beschwerdegegnerin hochgerechnet auf ein Pensum von 100 % (vgl. Art. 27<sup>bis</sup> Abs. 3 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) für das Jahr 2014 ein Valideneinkommen von jährlich Fr. 50'266.-- ermittelt (vgl. IV-act. 107), was nicht zu beanstanden ist. Auch die Beschwerdeführerin hat am errechneten Valideneinkommen keine Kritik geübt (vgl. act. G 1 und 10).

**4.2.4.** Für die Ermittlung des Invalideneinkommens ist, wie die Beschwerdegegnerin zu Recht ausgeführt hat (vgl. IV-act. 107-1), grundsätzlich auf den Medianlohn der schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik für die im Kompetenzniveau 1 beschäftigten Frauen abzustellen. Den LSE-Werten folgend ergäbe sich für das Jahr 2014 für ein Pensum von 100 % (bei einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden) ein Jahreseinkommen von Fr. 53'793.-- (vgl. Anhang 2 der von der Informationsstelle AHV/IV herausgegebenen Gesetzesausgabe "Invalidenversicherung, Allgemeiner Teil des



Sozialversicherungsrechts", Ausgabe 2019). Bei LSE-Daten handelt es sich allerdings lediglich um statistische Durchschnittswerte, was sich daran zeigt, dass die Beschwerdeführerin im vorliegenden Fall als Gesunde in einem Pensum von 100 % ein unter dem LSE-Wert für Hilfsarbeitertätigkeiten liegendes Einkommen erzielt hat. Da die Akten keinerlei Anhaltspunkte dafür liefern, dass die Beschwerdeführerin freiwillig auf ein höheres Einkommen verzichtet hat, ist anzunehmen, dass die Unterdurchschnittlichkeit ihres Validenlohns auf die für die Invaliditätsbemessung nicht zu berücksichtigenden Zwänge des realen Arbeitsmarktes zurückzuführen ist. Folglich ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen mit dem Valideneinkommen gleichgesetzt hat (vgl. IV-act. 107-2).

**4.2.5.** Da somit sowohl hinsichtlich des Validen- als auch hinsichtlich des Invalideneinkommens von derselben Lohnbasis auszugehen ist, kann der Einkommensvergleich anhand eines sogenannten Prozentvergleichs vorgenommen werden. Dabei entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, allenfalls unter Berücksichtigung eines Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. BGE 126 V 75). Gründe, die einen weiteren Abzug auf Seiten des Invalideneinkommens rechtfertigen würden, sind vorliegend nicht ersichtlich und werden auch nicht geltend gemacht.

**4.2.6.** Für den September 2014, in welchem noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen ist, ergibt sich somit für den Erwerbsbereich ein Invaliditätsgrad von 100 %. Für die Zeit ab Oktober 2014, in welcher von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten auszugehen ist, resultiert im Erwerbsbereich ein Invaliditätsgrad von 0 % (für die Arbeitsunfähigkeitsgrade vgl. E. 3.5).

**4.2.7.** Die für den Teilbereich Erwerb errechneten Invaliditätsgrade sind schliesslich entsprechend dem für den Erwerbsbereich anzunehmenden Pensum zu gewichten. Bei einer Gewichtung des Erwerbsbereichs von 80 % (vgl. E. 2.1) und einem Teilinvaliditätsgrad von 100 %, wie er für den September 2014 anzunehmen ist (vgl. E. 4.2.6), ergibt sich ein gewichteter Teilinvaliditätsgrad von 80 % ( $80 \times 100 / 100$ ). Bei einem Teilinvaliditätsgrad von 0 %, wie er für die Zeit ab Oktober 2014 gilt (vgl. E. 4.2.6), resultiert ein gewichteter Teilinvaliditätsgrad von 0 % ( $80 \times 0 / 100$ ).

**4.3.** Im Haushaltsbereich sind entsprechend der gutachterlichen Einschätzung keine Einschränkungen ausgewiesen (vgl. IV-act. 96-55), was zumindest für den Zeitraum ab Oktober 2014 nachvollziehbar erscheint. Folglich ist im Aufgabenbereich spätestens ab Oktober 2014 von einem Teilinvaliditätsgrad von 0 % auszugehen, wobei auch der gewichtete Teilinvaliditätsgrad 0 % ( $20 \times 0 / 100$ ) entspricht. Ob im September 2014 analog dem Grad der Arbeitsunfähigkeit auch im Haushalt von einer vollen



Leistungsunfähigkeit auszugehen ist, kann vorliegend offengelassen werden, da für September 2014 selbst bei der Annahme einer vollen Leistungsfähigkeit im Haushalt ein Anspruch auf eine ganze Rente resultiert (vgl. dazu den bereits im Erwerbsbereich vorliegenden Teilinvaliditätsgrad von 80 %; E. 4.2.7).

**4.4.** Zusammenfassend resultiert bei der Anwendung der gemischten Methode für den September 2014 ein Gesamtinvaliditätsgrad von mindestens 80 % und somit ein Anspruch auf eine ganze Rente. Ab Oktober 2014 ist demgegenüber kein rentenbegründender Invaliditätsgrad mehr ausgewiesen. Aufgrund der Übergangsfrist von Art. 88a IVV ist die ganze Rente jedoch noch bis Dezember 2014 auszubezahlen. Ab Januar 2015 besteht kein Rentenanspruch mehr.

## 5.

**5.1.** Nach dem Gesagten ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass die Beschwerdeführerin für die Zeit von September bis Dezember 2014 einen Anspruch auf eine ganze Rente hat. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

**5.2.** 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 vorliegend als angemessen. Da die Beschwerdeführerin gemessen an ihren Anträgen nur in äusserst untergeordnetem Ausmass obsiegt hat (vgl. act. G 1), rechtfertigt es sich, ihr die volle Gerichtsgebühr aufzuerlegen. Zufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist sie jedoch von der Bezahlung zu befreien.

**5.3.** Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverbeiständung die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- als angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes [AnwG; sGS 963.70]). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin pauschal mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

**5.4.** Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt worden ist, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).

## Entscheid



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

- 1.** Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass die Beschwerdegegnerin verpflichtet wird, der Beschwerdeführerin für die Zeit von September bis Dezember 2014 eine ganze Rente zu bezahlen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rente wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
- 2.** Die Beschwerdeführerin wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit.
- 3.** Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zufolge unentgeltlicher Rechtsverbeiständung mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).