



Fall-Nr.: IV 2012/416
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 08.06.2020
Entscheiddatum: 12.11.2014

Entscheid Versicherungsgericht, 12.11.2014

Würdigung eines psychiatrischen Gutachtens. Dem überzeugenden Gutachten ist auch bei wesentlich abweichender Einschätzung des behandelnden Psychiaters zu folgen. Arbeitsunfähigkeit von maximal 20%, daher Abweisung des Rentenanspruchs (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. November 2014, IV 2012/416).

Entscheid Versicherungsgericht, 12.11.2014

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Evelyn Heiniger

Entscheid vom 12. November 2014

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente



Sachverhalt:

A.

A.a A.____ meldete sich im August 2010 zur Früherfassung bei der IV-Stelle (IV-act. 1). Nach einem ersten Gespräch mit der Eingliederungsberaterin am 9. August 2010 (IV-act. 6) reichte sie am 13. August 2010 das Formular für den Leistungsbezug ein (IV-act. 9). Darin gab sie an, sie leide an "Schlafstörungen, tiefseelischen Verletzungen, Angst, Panikattacken sowie an Unkonzentriertheit". Eine Ärztin des Regionalen Ärztlichen Dienstes Ostschweiz (RAD) nahm daraufhin telefonisch Kontakt mit dem behandelnden Psychiater, Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, auf. Dieser gab zu Protokoll, die Versicherte leide an einer Anpassungsstörung bei belastender beruflicher Situation vor dem Hintergrund einer Persönlichkeit vom Typus melancholikus. Zusätzlich bestehe ein Verdacht auf das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung (IV-act. 12). Die Versicherte blieb in der Folge zu 100% arbeitsunfähig geschrieben. Ihr ehemaliger Arbeitgeber teilte mit, er werde der Versicherten nach Ablauf der Krankentaggelder kündigen. Die IV-Stelle gewährte der Versicherten am 11. Januar 2011 Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Computerkurses (IV-act. 36). Zudem wurde eine Zielvereinbarung für die Arbeitsvermittlung getroffen (IV-act. 37).

A.b Mit Bericht vom 10. März 2011 (IV-act. 40) hielt der behandelnde Psychiater folgende Diagnosen fest: mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), evtl. in Folge einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43) bei Arbeitsplatzkonflikten und behinderter Selbstbehauptung. Vom 1. Mai 2010 bis 31. Januar 2011 sei die Versicherte zu 100% arbeitsunfähig gewesen. Ab dem 1. Februar 2011 sei sie bis auf weiteres zu 60% arbeitsunfähig. Da eine einvernehmliche Auflösung des Arbeitsverhältnisses vom Arbeitgeber verweigert worden sei, arbeite die Versicherte wieder an ihrem Arbeitsort. Sie werde dort allerdings teilweise für berufsfremde Arbeiten eingesetzt. Es sei wahrscheinlich (wenn auch nicht vorhersagbar), dass sich die Einsatzfähigkeit der Versicherten unter günstigen Bedingungen erhöhen werde.

A.c Nachdem die Versicherte ab Februar wieder zu 40% arbeitstätig gewesen war, wurde sie per 25. Mai 2011 durch den behandelnden Psychiater erneut zu 100%



St.Galler Gerichte

arbeitsunfähig geschrieben (IV-act. 53-2). Per 31. Juli 2011 wurde ihr die Arbeitsstelle gekündigt (vgl. IV-act. 43-2). Am 1. Juni 2011 berichtete Dr. B.____, es sei davon auszugehen, dass die Versicherte an ihrem ehemaligen Arbeitsplatz gemobbt worden sei (IV-act. 42). Die Versicherte war anschliessend auf dem RAV gemeldet (IV-act. 52) und die IV-Stelle schloss ihre Arbeitsvermittlung ab (IV-act. 46).

A.d Am 15. November 2011 erstattete Dr. B.____ einen Verlaufsbericht (IV-act. 56). Er gab folgende Diagnosen an: mittelgradig depressive Episode (ICD-10: F32.1) bei Anpassungsstörung (ICD-10: F43) bei Arbeitsplatzkonflikten und behinderter Selbstbehauptung. Er erachtete die bisherige Tätigkeit als zu 50% zumutbar; ob eventuell eine Steigerung möglich sei, bleibe abzuwarten. Eine adaptierte Tätigkeit sei der Versicherten an 4-7 Stunden täglich zumutbar. Diese Schätzung müsse sich aber in der Realität beweisen. Er fügte an, die 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab Mai 2011 habe sich auf die bisherige Stelle bezogen. In einer anderen Tätigkeit halte er die Versicherte für arbeitsfähig.

A.e Am 6. März 2012 erstattete Dr. B.____ einen weiteren Verlaufsbericht (IV-act. 62): Seit Januar 2012 arbeite die Versicherte 60% in einem Alters- und Pflegeheim. Es habe sich schnell gezeigt, dass die Versicherte den Anforderungen nur mit Mühe gewachsen sei. Die psychosomatischen Beschwerden hätten deutlich zugenommen (Angst- und Stresssymptome, Schlafstörungen). Nach dem ersten Nachtdienst, zu welchem die Versicherte gegen ihren Willen gedrängt worden sei, sei sie zusammengebrochen. Sie neige dazu, über ihre Belastungsgrenzen zu gehen. Er halte sie im Grunde für überfordert und arbeitsunfähig, respektiere aber ihren Wunsch, den Arbeitsversuch fortzusetzen. Die Versicherte leide an verminderter Belastbarkeit und an Konzentrationsstörungen mit vermehrter Fehlerquote. Er gehe davon aus, dass sie die Arbeitsbelastung mittelfristig nicht werde bewältigen können. Sie brauche vermehrt Pausen und vertrage den berufstüblichen Stress schlecht. Seiner Ansicht nach könne die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz eher nicht mehr verbessert werden. Es sei allenfalls zu prüfen, ob es in ihrem Berufsfeld Tätigkeiten gebe, die weniger beanspruchend seien. Der derzeitige Arbeitsversuch sei abzuwarten. Wenn er wider Erwarten positiv ausfallen sollte, sei von einer Arbeitsfähigkeit von 50% auszugehen. Mit Schreiben vom 19. März 2012 (IV-act. 64) ergänzte Dr. B.____, er habe die Versicherte ab dem 9. März 2012 erneut zu 100% arbeitsunfähig schreiben müssen. Er



St.Galler Gerichte

gehe eher nicht davon aus, dass sie die Arbeit im Pflegeheim wieder werde aufnehmen können. Die Versicherte leide derzeit an erheblichen Angstsymptomen sowie an depressiven Symptomen. Daraufhin erachtete der RAD eine psychiatrische Begutachtung als angezeigt (IV-act. 66).

A.f Die psychiatrische Begutachtung erfolgte am 21. Mai 2012 durch med. pract. C.____,

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH. Das Gutachten datierte vom 8. Juni 2012 (IV-act. 70). Im Gespräch mit der Gutachterin gab die Beschwerdeführerin einerseits an, sie sei nach dem ersten Nachtdienst an ihrer neuen Stelle (zu dem man sie "genötigt" habe) zusammengebrochen. Seither sei sie zu 100% arbeitsunfähig. Sie leide an Konzentrationsstörungen, habe die Lebensfreude verloren und fühle sich energie- und hoffnungslos. Andererseits gab sie an, sie führe den Haushalt im Haus ihres Lebenspartners, wozu sie auch einkaufen gehe. Weiter gehe sie diversen Hobbies (Konzert- und Theaterbesuche, Reisen und Wandern) nach. Im April/ Anfang Mai 2012 habe sie Wanderferien in Kärnten gemacht, was schön gewesen sei. Letztmals in einem Konzert gewesen sei sie ebenfalls anfangs Mai. Gleichzeitig hielt sie jedoch fest, sie könne momentan überhaupt nicht arbeiten. Sie habe keine Geduld, keine Merkfähigkeit und keine Kraft. Ein Problem sei auch ihr Alter. Sie habe sich an diversen Stellen beworben und sei auch schnuppern gewesen, habe aber keine Stelle gefunden. Sie habe keine Kraft zu kämpfen und wünsche sich eine Entlastung.

A.g Die Gutachterin hielt fest, bei der Begutachtung habe sich eine Diskrepanz zu den von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden gezeigt. Die Beschwerdeführerin habe während der gesamten mehrstündigen Untersuchung lebendig und aktiv, dabei aufmerksam und gut konzentriert gewirkt. Es hätten keine Angstkorrelate oder rasche Ermüdbarkeit beobachtet werden können. Die Gutachterin wies darauf hin, dass die Beschwerdeschilderung einige Inkonsistenzen und Widersprüche aufgewiesen habe und dass es Diskrepanzen zwischen den Beschwerden und den zahlreichen Aktivitäten im Tages- bzw. Wochenverlauf gegeben habe. Insgesamt sei über eine Verdeutlichungstendenz der Beschwerden hinaus der Eindruck von Aggravationstendenzen entstanden. Die affektive Modulationsfähigkeit sei angepasst und adäquat, der Antrieb und die Psychomotorik seien unauffällig



gewesen. Das Auffassungsvermögen sei gut gewesen. Aufgefallen sei, dass die Aufmerksamkeit und das Konzentrationsvermögen während der gesamten mehrstündigen Untersuchung gleichbleibend gut gewesen seien. Die Gedächtnisleistung und die Merkfähigkeit seien ebenfalls gut gewesen. Bei einem unauffälligen psychischen Befund seien die psychosozialen Belastungsfaktoren in den Vordergrund gerückt. Die Beschwerdeführerin habe in Bezug auf die aktuelle psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung eher ambivalent gewirkt. Eine Motivation für berufliche Massnahmen habe bei der Beschwerdeführerin nicht festgestellt werden können (IV-act. 70-12f.). Aus gutachterlicher Sicht lasse sich die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung nicht nachvollziehen. Gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin zur Krankengeschichte und den aktuellen Beschwerden sowie die bei der Begutachtung festgestellten Auffälligkeiten sei diagnostisch von einer allenfalls sehr leichten depressiven Episode im Sinne einer weitgehenden Remission einer 2010 festgestellten, mittelgradigen depressiven Episode auszugehen. Frühere depressive Episoden seien nicht bekannt und von der Beschwerdeführerin auch nicht beschrieben worden. Im Zusammenhang mit einem Arbeitsplatzkonflikt sei es zu psychischen Beschwerden gekommen, die im Juli 2010 zunächst als "Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt" diagnostiziert worden seien. Nach der in Folge absolvierten psychosomatischen Rehabilitation sei die Beschwerdeführerin in stabilisiertem Zustand ausgetreten. Bei der durch Dr. B.____ im März 2011 erstmals diagnostizierten "mittelgradigen depressiven Episode in Folge einer Anpassungsstörung" habe es sich um die erste depressive Episode gehandelt. Diese sei unter der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung remittiert. Von der Remission zeugten die Aktivitäten der Beschwerdeführerin, darunter die Teilnahme an einem PC-Kurs und die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit. Solche Aktivitäten wären gemäss ICD-10-Kriterien bei Fortbestehen einer mittelgradig depressiven Episode nicht möglich gewesen. Allenfalls könne eine leichte depressive Symptomatik festgestellt werden. Eine Persönlichkeitsstörung liege aber ebenso wenig vor wie eine Angststörung. Es sei bei der Beschwerdeführerin bisher auch keine antidepressive und/oder anxiolytische psychopharmakologische Behandlung notwendig gewesen. Seit der erneuten Krankmeldung im März 2012 sei es der Beschwerdeführerin überdies möglich gewesen, zahlreiche private Aktivitäten, einschliesslich Konzert- und Theaterbesuchen



St.Galler Gerichte

sowie Wanderferien, zu unternehmen. Es seien bei der Beschwerdeführerin demnach keinerlei Auswirkungen der Diagnosen auf die Funktion und Partizipation im Privatleben festzustellen.

A.h Abschliessend hielt die Gutachterin fest, in der Tätigkeit als Pflegefachfrau sei die Versicherte noch zu höchstens 20% eingeschränkt (im Sinne einer sehr leichten Leistungsminderung). Bei adäquater psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung sei schon in den folgenden Wochen eine weitere Verminderung der bestehenden Arbeitsunfähigkeit zu erwarten. Eine andauernde Arbeitsunfähigkeit von über 20% habe bei der Versicherten nie vorgelegen. Als angepasste Tätigkeiten nannte die Sachverständige solche, die keine besonders hohen Anforderungen an die Stress-/ Frustrationstoleranz und an die emotionale Belastbarkeit der Versicherten stellten. Dabei kämen sämtliche Tätigkeiten auf dem freien Arbeitsmarkt in Frage. Bei der langjährigen Erfahrung und der erworbenen Routine sei die Tätigkeit als Pflegefachfrau grundsätzlich leidensadaptiert (IV-act. 70-18).

A.i Nachdem die Versicherte mitgeteilt hatte, dass sie den Haushalt ohne fremde Hilfe führen könne (IV-act. 73-10), kündigte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 8. August 2012 an, sie werde den Rentenanspruch der Versicherten ablehnen (IV-act. 77). Am 17. September 2012 wandte die Versicherte dagegen ein, sie sei mit dem psychiatrischen Gutachten nicht einverstanden. Sie beantragte die Einholung einer psychiatrischen Zweitmeinung, da das Gutachten in einem krassen Widerspruch zur Beurteilung ihres behandelnden Psychiaters stehe. Am 3. Oktober 2012 verfügte die IV-Stelle bei einem IV-Grad von 20% die Ablehnung des Rentenanspruches (IV-act. 86).

B.

B.a Dagegen erhob die Versicherte am 3. Oktober 2012 Beschwerde (act. G 1). Sie führte zur Begründung an, sie sei mit dem psychiatrischen Gutachten nicht einverstanden. Sie wisse nicht, wie sie mit Schlaf- und Konzentrationsstörungen und Beeinträchtigungen des Kurzzeitgedächtnisses ihre Tätigkeit als Pflegefachfrau ausüben sollte. Am 10. November 2012 reichte sie einen Bericht ihres Psychiaters nach, worin dieser Stellung zum psychiatrischen Gutachten nahm (act. G 2). Er teilte mit, als behandelnder Psychiater, der die Beschwerdeführerin seit nunmehr



zweieinhalb Jahren begleite, komme er zu einigen grundsätzlich anderen Einschätzungen als die Gutachterin. Er werte es als therapeutischen Erfolg, wenn die Beschwerdeführerin gegenüber der Gutachterin in der Lage gewesen sei, ihre Leiden zu schildern, denn sie habe lange dazu geneigt, ihre Beschwerden herunterzuspielen und zu dissimulieren. Seine Anregung an die Beschwerdeführerin, sie solle bei der Begutachtung alle Beschwerden offen schildern, könnten durch die Gutachterin als unauthentisch erlebt und irrtümlich als Verdeutlichung und Aggravation gedeutet worden sein. Er habe während der zweieinhalbjährigen Behandlungszeit mindestens zwei mittelgradige depressive Phasen mit Teilremission beobachten können. Es sei heute deutlich, dass die Beschwerdeführerin erschöpft sei, unter chronischer Anspannung leide, besonders nachts durch Angstzustände geplagt werde und nicht über die erfahrenen Kränkungen an ihrer gekündigten Arbeitsstelle hinwegkomme. Er gehe diagnostisch weiterhin von einer rezidivierenden depressiven Störung gegenwärtig mittelgradige Episode aus (ICD-10: F33.1).

B.b In ihrer Beschwerdeantwort vom 22. Januar 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen (act. G 5). Sie stellte sich auf den Standpunkt, der RAD habe in seiner Stellungnahme vom 4. Dezember 2012 aufgezeigt, dass die Diagnose der Gutachterin nachvollziehbar sei. Insbesondere die Schilderung des Aktivitätenniveaus der Beschwerdeführerin gebe dafür deutliche Hinweise. Es müsse von einer anderen Einschätzung desselben Sachverhaltes ausgegangen werden. Zudem sei notorisch, dass Berichte von behandelnden Ärzten aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen seien. Die psychiatrische Sachverständige habe über die Berichte des behandelnden Psychiaters verfügt und diese im Gutachten ausführlich beurteilt und gewürdigt. Daher sei es korrekt, der Rentenprüfung die gutachterliche Einschätzung zu Grunde zu legen.

B.c Mit Replik vom 29. Januar 2013 (Postaufgabe 12. Februar 2013) wendete die Beschwerdeführerin ein, sie sei, nachdem sie von Dezember 2011 bis März 2012 60% gearbeitet habe, erneut krank geworden und sei es bis heute. Die Gutachterin habe sie schlecht verstanden, da sie (die Beschwerdeführerin) einen österreichischen Akzent habe und für die Gutachterin Deutsch eine Fremdsprache sei. Zudem gab sie an, sie sei nicht mehr so aktiv, wie sie dies in ihrem Lebenslauf (den sie vor über einem Jahr verfasst habe) aufgeführt habe (act. G 7).



B.d Die Beschwerdegegnerin hielt am 4. März 2013 an ihren Ausführungen fest und verzichtete auf eine Duplik (act. G 9).

Erwägungen:

1.

1.1 Gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, Anspruch auf eine Rente (lit. a), wenn sie während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% auf eine ganze Invalidenrente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

1.2 Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende, ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

1.3 Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung können psychische Beeinträchtigungen der Gesundheit in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 8 ATSG bewirken (Urteil des Bundesgerichts vom 22. Januar 2007, I 290/06, E. 4.2.1). Ein geistiger oder psychischer Gesundheitsschaden liegt dann vor, wenn aufgrund eines Geburtsgebrechens, eines Unfalles oder einer Krankheit eine bleibende oder längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der mentalen, intellektuellen, kognitiven oder



emotionalen Funktionen besteht, welche durch therapeutische Massnahmen nicht ausreichend behoben werden kann und die Arbeitsfähigkeit langdauernd vermindert oder verunmöglicht (Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], Rz. 1007). Zur Annahme einer Invalidität braucht es in jedem Fall ein medizinisches Substrat, welches schlüssig von einem Facharzt festgestellt wird und nachweislich die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juni 2012, 9C_537/2011, E. 3.2). Das klinische Beschwerdebild darf nicht einzig in Beeinträchtigungen bestehen, die von den belastenden soziokulturellen und psychosozialen Faktoren herrühren, sondern es hat davon unterscheidbare Befunde zu umfassen, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinn oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Damit überhaupt von einer Invalidität gesprochen werden kann, muss eine von soziokulturellen oder psychosozialen Belastungssituationen zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störung mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit vorliegen (Urteil des Bundesgerichts vom 20. September 2011, 8C_302/2011, E. 2.5.1).

1.4 Für die Bemessung des Invaliditätsgrades sind die zuständige Behörde – und später das Gericht – auf von den Ärzten zur Verfügung zu stellende Unterlagen angewiesen. Aufgabe der Ärzte ist es denn auch, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261, E. 4 mit weiteren Hinweisen). Im Rahmen der freien Beweiswürdigung dürfen sich Verwaltung und Gericht weder über die medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen, noch sind die ärztlichen Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer sozialversicherungsrechtlichen Tragweite zu übernehmen. Die rechtsanwendende Behörde hat sorgfältig zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, welche vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus, unbeachtlich sind (BGE 130 V 356, E. 2.2.5).

2.



2.1 Zunächst ist zu prüfen, ob die vorliegenden medizinischen Akten eine rechtsgenügende Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin zulassen. Die psychiatrische Gutachterin ist zum Schluss gekommen, bei der Beschwerdeführerin liege maximal eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer leichten Leistungseinbusse vor, zudem sei mit einer baldigen Besserung zu rechnen. Die Beschwerdeführerin wendete ein, sie sei mit der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht einverstanden. Ihr Psychiater sei von einer maximalen Arbeitsfähigkeit von 50% ausgegangen. Die Beschwerdeführerin selbst schätzte sich als vollständig arbeitsunfähig ein.

2.2 Die psychiatrische Sachverständige hat sich für ihr Gutachten auf die massgeblichen Vorakten (Anamnese) und eine eigene Exploration der Beschwerdeführerin gestützt. Sie hat im Gutachten auf Diskrepanzen, Inkonsistenzen und Widersprüche hingewiesen. So habe die Beschwerdeführerin z.B. während der gesamten mehrstündigen Untersuchung lebendig und aktiv, dabei aufmerksam und gut konzentriert gewirkt, dies entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin, sie leide an extremen Konzentrationsschwierigkeiten. Eine rasche Ermüdbarkeit habe nicht beobachtet werden können, die Aufmerksamkeit und das Konzentrationsvermögen seien während der gesamten mehrstündigen Untersuchung gleichbleibend gut gewesen. Von der Remission der im Jahr 2010 aufgetretenen Depression zeugten auch die Aktivitäten der Beschwerdeführerin, darunter die Teilnahme an einem PC-Kurs und die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit. Solche Aktivitäten wären gemäss ICD-10-Kriterien beim Fortbestehen einer mittelgradig depressiven Episode nicht möglich gewesen. Die Einschätzung der psychiatrischen Sachverständigen erscheint damit nachvollziehbar begründet. Es ist überwiegend wahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin im Begutachtungszeitpunkt in ihrer Arbeitsfähigkeit noch zu maximal 20% vermindert gewesen ist. Für diese Ansicht spricht auch die Aussage im Bericht von Dr. B.____ vom 15. November 2011 (act. 56), die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin sei auf die damalige "problematische" Arbeitsstelle begrenzt gewesen; ausserhalb dieser Organisation sei die Beschwerdeführerin arbeitsfähig. Beim geschilderten Tagesablauf und den dargelegten Aktivitäten erscheint die Beurteilung von Dr. B.____, der die Beschwerdeführerin in seinem jüngsten Bericht vom 6. März 2012 nach wie vor für zu 50-100% arbeitsunfähig einschätzte, als nicht stringent. In seiner Stellungnahme zum Gutachten hat Dr. B.____ dann zwar angegeben, er gehe weiterhin von einer



"rezidivierenden depressiven Störung gegenwärtig mittelgradige Episode" aus, er hat sich aber nicht mehr zur Arbeitsfähigkeit geäussert. Seine Stellungnahme zum Gutachten vermag an dessen Überzeugungskraft nichts zu ändern. Vermag doch Dr. B.____ – im Gegensatz zur Gutachterin – nicht anschaulich zu erklären, wieso es der Beschwerdeführerin möglich ist, eine vielfältige Freizeitgestaltung zu bewältigen, wenn sie doch keine berufliche Tätigkeit soll ausüben können. Dr. B.____ hat auch nicht erklärt, wieso die Beschwerdeführerin zwar behauptet hat, sie leide an Konzentrationsschwäche, eine solche sich aber bei der mehrstündigen Untersuchung nicht gezeigt hat. Wie die Gutachterin überzeugend dargelegt hat, muss davon ausgegangen werden, dass bei der Beschwerdeführerin Verdeutlichungstendenzen, Aggravation sowie ein hoher sekundärer Krankheitsgewinn eine grosse Rolle spielen.

2.3 Die Beschwerdegegnerin wendete gegen das Gutachten ein, es habe zwischen ihr und der psychiatrischen Sachverständigen eine Sprachbarriere gegeben. Die Gutachterin habe ihren österreichischen Akzent schlecht verstanden, da für die Gutachterin Deutsch eine Fremdsprache sei. Es ist vorliegend aber davon auszugehen, dass die Sachverständige als SIM zertifizierte medizinische Gutachterin eine von ihr als problematisch wahrgenommene Sprachbarriere im Gutachten zumindest kurz erwähnt hätte. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass eine Ärztin, die ihr Fachdiplom in Deutschland erworben hat, über mehr als ausreichende Deutschkenntnisse verfügt, um eine kompetent Begutachtung in deutscher Sprache durchführen zu können. Der Einwand der Beschwerdeführerin vermag somit nicht zu überzeugen.

2.4 Die psychiatrische Sachverständige hat im Gutachten festgehalten, aus gutachterlicher Sicht könne angenommen werden, dass der behandelnde Psychiater die subjektiven Beschwerden der Explorandin zu stark gewichtet habe. Wie aus seiner Stellungnahme hervorgeht, hat Dr. B.____ dies als Kritik an seiner Arbeitsweise aufgefasst. Die Aussage der Gutachterin ist indes nicht als solche zu verstehen, denn abweichende Einschätzungen von behandelndem Arzt und Gutachter sind letztlich nur die notwendige Konsequenz der unterschiedlichen Sichtweise. Das Ziel eines behandelnden Arztes ist die Heilung seiner Patienten. Dafür ist eine ganzheitliche Sichtweise erforderlich und die Beschwerdeschilderungen der Patienten müssen ernst genommen werden. Gestützt darauf und aufgrund seiner Untersuchung gelangt der behandelnde Arzt zu seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit eines Patienten. Diese



Sichtweise ist nun aber eine andere als die eines Gutachters, dessen Aufgabe es ist, den Gesundheitszustand eines Patienten unter versicherungsmedizinischen Aspekten zu beurteilen. Ein Gutachter beantwortet die gestellten Fragen und beschreibt den Sachverhalt aus medizinischer Sicht, wobei er aber bereits die Faktoren aufzuzeigen und auszuklammern hat, die für den juristischen Krankheits- und Arbeitsfähigkeitsbegriff nicht massgebend sind. Denn letztlich ist es eine Rechtsfrage und damit die Aufgabe der rechtsanwendenden Behörde, den Gesundheitszustand einer versicherten Person unter den gesetzlichen Arbeitsfähigkeitsbegriff zu subsumieren und zu prüfen, ob ein ärztlich diagnostiziertes Leiden den Rechtsbegriff einer invalidisierenden Krankheit im Sinne von Art. 4 IVG erfüllt (vgl. dazu die Urteile des Bundesgerichtes vom 2. September 2009, 8C_513/2009, E. 4.3; 22. November 2010, 9C_408/2010, E. 4.1).

2.5 Es bleibt festzuhalten, dass im Rahmen der freien Beweiswürdigung den im Rahmen des im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstattet haben und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen ist, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/bb, mit weiteren Hinweisen). Aufgrund der oben dargelegten unterschiedlichen Sichtweise der behandelnden Ärzte sind Arztberichte von Behandlern jeweils mit Vorbehalt – d.h. im Bewusstsein ihrer anderen Sichtweise – zu würdigen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc).

3.

3.1 Die Gutachterin hielt fest, retrospektiv gesehen lasse sich die von Dr. B.____ gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode im Jahr 2010 nachvollziehen. Unter einer adäquaten Behandlung sei es nachfolgend aber zu einer wesentlichen Remission gekommen. Da die Beschwerdeführerin sich im August 2010 zum Leistungsbezug angemeldet hat, könnte gemäss Art. 29 IVG ein allfälliger Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten, d.h. per 1. Februar 2011 entstanden sein. Gemäss psychiatrischem Gutachten war die Beschwerdeführerin zu diesem Zeitpunkt aber zu maximal 20% arbeitsunfähig. Die Beschwerdeführerin konnte



auch bereits im November/Dezember 2010 an einem Computerkurs teilnehmen, was ein Hinweis darauf ist, dass die Beschwerdeführerin zu diesem Zeitpunkt bereits nicht mehr anhaltend depressiv gewesen sein kann.

3.2 Weitere Ausführungen erübrigen sich, da die Beschwerdeführerin bei der ermittelten Arbeitsunfähigkeit von maximal 20% nicht im Ausmass von wenigstens 40% invalid sein kann. Die Beschwerdegegnerin hat damit zu Recht einen Rentenanspruch verneint. Lediglich der Vollständigkeit halber sei festgehalten, dass der Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 3. Oktober 2012 ein Fehler unterlaufen ist. Sie ist fälschlicherweise davon ausgegangen, dass die 20%ige Einschränkung auf den Haushaltsbereich entfalle. Die Beschwerdeführerin ist indessen bei der Haushaltsführung nicht eingeschränkt. Die 20%ige Einschränkung bezieht sich auf ihre Erwerbstätigkeit. Im Ergebnis ändert dies allerdings nichts.

3.3 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend beurteilten Angelegenheit als angemessen. Sie ist von der unterliegenden Beschwerdeführerin zu bezahlen und durch den geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu übernehmen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.