



Fall-Nr.: IV 2017/78
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 07.05.2020
Entscheiddatum: 10.05.2019

Entscheid Versicherungsgericht, 10.05.2019

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG; Art. 16 ATSG: Beweiskraft eines hinsichtlich des psychiatrischen und neuropsychologischen Teilgutachtens umstrittenen polydisziplinären MEDAS-Gutachtens. Würdigung insbesondere von Inkonsistenzen im kognitiven Bereich. Rückwirkender befristeter Rentenanspruch (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. Mai 2019, IV 2017/78). Beim Bundesgericht angefochten.

Entscheid vom 10. Mai 2019

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz),

Miriam Lendfers und Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2017/78

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwältin Karin Herzog, M.A. HSG in Law,

Amparo Anwälte und Notare, Neugasse 26, Postfach 148,



St.Galler Gerichte

9001 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 19. Juni 2014 wegen psychischer Leiden bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Sie war zufolge Unfalls (Sturz auf Glatteis auf die Schulter [Fremdakten, act. 1-16]) vom 16. März bis 7. Juni 2013 zu 100%, wegen Krankheit vom 17. bis 28. Juni 2013 zu 50% und danach bis zur Geburt ihrer Tochter am __ 2013 zu 100% und ab Beendigung des Mutterschaftsurlaubs am 18. Dezember 2013 erneut zu 100% krank geschrieben (Angaben Arbeitgeberin vom 16. Juli 2014, IV-act. 13-4 ff.; Bescheinigung Dr.med. B.____, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe FMF, vom 7. Oktober 2013, Fremdakten, act. 1-17).

A.b Die die Versicherte behandelnde Dr.med. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hatte nach einer Medikamenten-Intoxikation am 28. Oktober 2012 als Konsularärztin zunächst eine Dysthymia (ICD-10: F34.1) sowie einen Zustand nach Medikamenten-Intoxikation bei Neurasthenie-Erschöpfungssyndrom (ICD-10: F48.0) diagnostiziert. Sie hatte ausgeführt, die andauernde emotionale Belastung, bei vorliegender Dysthymia über Jahre, habe zu einem enormen Erschöpfungssyndrom geführt. Aufgrund der zwanghaften Anteile in ihrer Persönlichkeit sei die Versicherte beruflich und allgemein noch funktionsfähig geblieben. Sie habe sich während der Schwangerschaft, auch nach dem Arbeitsunfall, gezwungen, in Schicht



weiterzuarbeiten. Nach der Geburt der Tochter hätten sich die depressiven Symptome stark verstärkt. Die weitere Arbeitsunfähigkeit sei durch die andauernde emotionale Belastung im Arbeitsleben sowie durch die mangelnden Kompetenzen, diese zu bewältigen, begründet. Die mangelnden Kompetenzen beruhten auf einem Minderwertigkeitsgefühl sowie auf der mittel bis stark ausgeprägten depressiven Symptomatik. Grundsätzlich sei von einer positiven Erwerbsprognose auszugehen. Die andauernden familiären Belastungen bei dysthymischem Krankheitsbild und instabiler Ichfunktion könnten jederzeit zu einer Verstärkung der depressiven Symptomatik und möglicher suizidaler Ideen und Handlungen führen. Die Behandlung erfolge in 10- bis 14-täglichen Intervallen (Berichte zuhanden des Krankentaggeldversicherers vom 2. und 3. Februar 2014, Fremdakten, act. 1-13 ff.). In einer vertrauensärztlichen Untersuchung vom 27. Februar 2014 im Auftrag des Krankentaggeldversicherers war Dr.med. D.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, zum Schluss gekommen, es liege ein Zustandsbild vor, das mittlerweile als weitgehend remittiert bezeichnet werden könne. Das klinische Bild sei mit einer mittelgradig ausgeprägten Depression vereinbar, die inzwischen überwiegend abgeklungen sei. Im Moment bestünden noch Restbeschwerden auf psychophysischer sowie kognitiver Ebene, vor allem Konzentrationsdefizite, die sich in leichter Form auch im Befund objektivieren liessen. Dr. C.____ habe das Krankheitsbild einer Dysthymia bzw. Neurasthenie zugeordnet, was nachvollziehbar sei angesichts wiederholt aufgetretener depressiver Stimmungslagen, vorliegend offensichtlich im Zusammenhang mit psychosozialen Belastungssituationen. Auf struktureller Ebene imponierten abhängige Persönlichkeitsmerkmale. Eine adäquate antidepressive Arzneimittelbehandlung habe bislang nicht eingeleitet werden können, da die Versicherte ihr Kind stille. Sobald dies nicht mehr der Fall sei, könne auch eine angemessene Medikation eingesetzt werden. Bis zum 31. Mai 2014 bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. Ab 1. Juni 2014 sei von einer 50%-igen und ab 1. August 2014 von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Bericht vom 10. März 2014, Fremdakten, act. 1-11). Am 11. Juni 2014 hatte Dr. C.____ berichtet, es sei eine Dekompensation im Sinne von leicht wahnhaften Elementen (Hören kommentierender Stimmen) eingetreten. Die geplante 50%-ige Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit anfangs Juni 2014 sei nicht zumutbar gewesen (Fremdakten, act. 1-6 ff.).



St.Galler Gerichte

A.c Die E.____ AG kündigte das seit dem 3. März 2003 bestehende Arbeitsverhältnis mit der Versicherten auf den 19. September 2014 (Kündigung vom 16. Juni 2014, IV-act. 4-3).

A.d Dr. C.____ diagnostizierte gemäss Arztbericht vom 27. August 2014 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2), DD Dysthymia (ICD-120: F34.1), Zustand nach Suizidversuch am 28. Oktober 2012 (Misch-Medikamentenintoxikation mit intensivmedizinischer Behandlung am KSSG), und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung, ängstlich vermeidend, selbstunsicher (ICD-10: F61.0), und erhob den Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1). Bis auf Weiteres sei die Versicherte in angestammter und adaptierter Tätigkeit zu 50% arbeitsunfähig (IV-act. 17).

A.e Vom 11. August bis 7. November 2014 war die Versicherte in tagesklinischer Behandlung im Psychiatriezentrum F.____. Dabei wurden eine schwere depressive Episode ohne psychotischen Symptome (ICD-10: F32.2) sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden und abhängigen Zügen (ICD-10: F61.0) diagnostiziert. Es wurde festgehalten, die Versicherte sei über lange Zeit als sehr instabil, stark niedergestimmt, weinerlich und körperlich wenig belastbar erlebt worden. Im Verlauf sei es zu einer leichten Verbesserung der Depressivität und körperlichen Belastbarkeit gekommen. Sie habe die Kündigung als sehr schmerzhaft und kränkend erlebt. Es bestünden Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung, deren Vorliegen sei aber aufgrund des zurückhaltenden Kontaktverhaltens der Versicherten nicht sicher beurteilbar (Bericht vom 26. November 2014, IV-act. 21). Am 17. Mai 2015 berichtete die behandelnde Psychiaterin, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Seit März 2015 seien im psychopathologischen Befund deutliche paranoide Anteile zu erheben. Die Versicherte erlebe akustische Halluzinationen und Flashbacks in Bezug auf Kindheitstraumata. Sie stehe in hochfrequenter ambulanter Behandlung und sei aufgrund der bisherigen teilstationären Erfahrung und wegen hochgradiger Scham- und Schuldgefühle für eine stationäre Behandlung schwer motivierbar. Aufgrund der schweren Depression mit psychotischen Symptomen seien zurzeit Eingliederungsmassnahmen schwerlich möglich. Es bestehe eine um 70%



reduzierte Leistungsfähigkeit. Die Erfüllung von Alltagsaufgaben sei während zweier Stunden täglich möglich (IV-act. 36).

A.f Die IV-Stelle entschied hierauf, zurzeit seien aufgrund des Gesundheitszustandes keine beruflichen Massnahmen möglich (Mitteilung vom 20. August 2015, IV-act. 43).

A.g RAD-Arzt Dr.med. G.____, u.a. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nahm am 18. Januar 2016 Stellung, es bestünden ganz erhebliche Inkonsistenzen, was die Diagnosen bei bis März 2013 vollzeitlicher Arbeitstätigkeit und dann schlagartig einsetzender massiver Verschlechterung des insbesondere psychischen Gesundheitszustands und bestehendem IV-fremdem psychosozialem Kontext betreffe. Eine schwere Depression mit "psychotischen (akustischen!?!)" Symptomen nebst Psychotherapie nur mit Lyrica, Valdoxan und Truxal zu behandeln, löse fachliches Erstaunen aus. Inkonsistent sei auch der Verlauf der Arbeitsfähigkeit mit zwischenzeitlich 50%-iger Arbeitsunfähigkeit im Juni 2013. Es sei eine polydisziplinäre Begutachtung erforderlich (IV-act. 54).

A.h Die Begutachtung wurde der ZVMB GmbH (MEDAS) Bern zugeteilt (Gutachten vom 23. September 2016; IV-act. 56; Dr.med. H.____, Allgemeine Innere Medizin; lic.phil. I.____, Neuropsychologie; Dr.med. J.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates; Dr.med. K.____, Psychiatrie und Psychotherapie; Dr.med. L.____, Neurologie; Untersuchungen 19. April, 4. Mai, 24. Mai und 8. Juli 2016). Der psychiatrische Gutachter befand, es würden von der Versicherten lebensbestimmende Konflikte und symptomauslösende krisenhafte Situationen aus Gegenwart und Vergangenheit berichtet, welche sich durchaus auf die Stimmung der Beschwerdeführerin und ihr Aktivitätsniveau situativ zeitweise auswirken könnten. Die Ursachen der Störungen seien psychosozialen Ursprungs. Sie wirkten sich allenfalls qualitativ auf die Arbeitsfähigkeit aus, hätten jedoch keine quantitativen Auswirkungen aus rein psychiatrischer Sicht (IV-act. 63-18). Die von der Versicherten als regelmässig eingenommen angegebenen Medikamente Lyrica (Pregabalin), Valdoxan (Agomelatin), Zyprexa (Olanzapin), Truxal (Chlorprothixen) und Zolpidem konnten nicht in wirksamer Konzentration nachgewiesen werden (vgl. IV-act. 63-13 f.). Die neuropsychologische Untersuchung vom 24. Mai 2016 ergab klare Hinweise auf eine Verfälschung der (neuropsychologischen) Befunde bzw. auf Aggravation (IV-act. 63-54, 55 f.). Der



St.Galler Gerichte

psychiatrische Gutachter folgerte, aus rein psychiatrischer Sicht erscheine auch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, insbesondere jedoch eine ideal angepasste berufliche Aufgabe für die Versicherte geeignet, unberücksichtigt der somatischen Leiden. Die Arbeitsfähigkeit liege bei 100% (IV-act. 63-19, 20 f.). Vom 16. Dezember 2013 bis 7. Januar 2014 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100%, zwischen 7. Januar 2015 und Mai 2015 von 50% bestanden und seither bis dato betrage sie 0 % (IV-act. 63-21). Schliesslich hielten die Gutachter fest, weder aus orthopädischer, internistischer noch aus neurologischer Sicht seien Diagnosen mit versicherungsmedizinischer Relevanz zu stellen (IV-act. 63-22 f.).

A.i RAD-Arzt Dr. G.____ nahm am 6. Oktober 2016 zum Gutachten Stellung, es lägen keine die Arbeitsfähigkeit in angestammter und adaptierter Tätigkeit beeinträchtigenden Gesundheitsstörungen vor (IV-act. 64).

A.j Mit Vorbescheid vom 11. Oktober 2016 gewährte die IV-Stelle der Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Rentenbegehrens (IV-act. 67). Mit Einwand vom 28. Oktober 2016 (IV-act. 68) und dessen Ergänzung vom 30. November 2016 (IV-act. 71) machte die Versicherte im Wesentlichen geltend, die vorhandenen Berichte von Dr. D.____, Dr. C.____ und Dr. M.____ begründeten erhebliche Zweifel an der Schlüssigkeit und Nachvollziehbarkeit des Gutachtens. RAD-Arzt Dr. G.____ kam in seiner Stellungnahme zu den Vorbringen der Beschwerdeführerin am 11. Januar 2017 zum Schluss, der Einwand enthalte keine neuen, dem psychiatrischen Gutachter nicht bekannte, von ihm nicht detektierte oder nicht gewürdigte Tatsachen. Medizintheoretisch sei an der bisherigen Einschätzung des Gutachtens festzuhalten (IV-act. 72).

A.k Mit Verfügung vom 11. Januar 2017 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren hinsichtlich Rente ab. Zur Begründung verwies sie auf das Gutachten sowie die RAD-Stellungnahme vom 11. Januar 2017 und auf den bei einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit resultierenden Invaliditätsgrad von 7% (IV-act. 73).

B.



B.a Gegen die Verfügung vom 11. Januar 2017 lässt A.____, vertreten durch Rechtsanwältin K. Herzog, M.A. HSG in Law, am 15. Februar 2017 Beschwerde erheben. Sie beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben und es seien ihr die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Durchführung weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen bzw. ein Gerichtsgutachten einzuholen. Aufgrund des sehr auffälligen und von mehreren traumatischen Erlebnissen geprägten Lebenslaufs, des Suizidversuchs und der medizinischen Aktenlage sei nicht nachvollziehbar, dass die MEDAS-Gutachter weder eine depressive Störung noch eine posttraumatische Belastungsstörung erkennen konnten. Die Gutachter hätten sich nicht mit den Diagnosen von Dr. D.____, Dr. M.____ und Dr. C.____ auseinandergesetzt und diese auch nicht nachvollziehbar verneint. Die Schlussfolgerungen beruhten mit grosser Wahrscheinlichkeit einzig auf der von der Neuropsychologin angeblich festgestellten Aggravation, welche die behandelnden Ärzte nicht festgestellt hätten. Die ausschliesslich in der neuropsychologischen Testung festgestellte Aggravation könne nicht nachvollzogen werden. Es fehle an einer Abgrenzung zu verdeutlichendem Verhalten. Im Gutachten könne nicht erkannt werden, welches die psychiatrischen Feststellungen seien und inwiefern diese bereits unter dem Einfluss der neuropsychologischen Beurteilung stünden. Es fehle an einer psychiatrischen Einschätzung, die sich mit den bisherigen Beurteilungen auseinandersetze. Das Gutachten weise gravierende Mängel auf und sei unsorgfältig erstellt worden. Es komme ihm kein Beweiswert zu. Gemäss Dr. C.____ bestehe seit 2015 eine Teilarbeitsfähigkeit von derzeit 50%. Die Beschwerdeführerin habe Anspruch auf mindestens ein halbe Rente (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 12. Mai 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Das Gutachten entspreche den Anforderungen der Rechtsprechung und es könne darauf abgestellt werden. Der psychiatrische Gutachter habe sich mit den Diagnosen von Dr. C.____ und der psychopharmakologischen Behandlung eingehend auseinandergesetzt. Er sei auch eingehend auf die psychosozialen Belastungen eingegangen und habe zu deren Auswirkung Stellung genommen. Insgesamt könne auch gestützt auf die ausführlichen und nachvollziehbaren Stellungnahmen von Dr. G.____ auf die Beurteilung der MEDAS-Gutachter abgestellt werden. Zusammenfassend lägen vorrangig psychosoziale



St.Galler Gerichte

Belastungsfaktoren vor, welche zeitweilig auch affektive Symptome begründeten, nicht aber in versicherungspsychiatrischer Hinsicht Relevanz erlangten. Es bestehe für alle Fachbereiche eine Arbeitsfähigkeit von angestammt und adaptiert 100% (act. G 4).

B.c Mit Replik vom 15. Juni 2017 macht die Beschwerdeführerin geltend, die Beschwerdegegnerin habe für die Beschwerdeantwort mehrheitlich die RAD-Stellungnahme vom 11. Januar 2017 übernommen. Sie übersehe, dass das Gutachten sowohl fehlerhaft als auch unvollständig sei. Es fehle an einer nachvollziehbaren psychiatrischen Beurteilung; diese sei überlagert durch die im neuropsychologischen Gutachten angeblich festgestellte Aggravation. Die neuropsychologische Testung sei jedoch nicht einmal zu Ende geführt worden. Es fehle an einer nachvollziehbaren Begründung, weshalb die erhobenen Befunde keine Einschränkungen verursachten und keine Diagnose ermöglichten (act. G 7).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 29. Juni 2017 auf eine Duplik (act. G 9).

Erwägungen

1.

1.1 Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.2 Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6, BGE 141 V 289 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016,



8C_1/2016, E. 4.3). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C_350/2017, E. 5.4, und vom 27. März 2015, 8C_673/2014, E. 5.1.1; BGE 143 V 427 E. 6). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen) sowie psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 141 V 281 und BGE 143 V 428, E. 7.1). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.).

1.3 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50%, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40% invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

1.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten



Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

1.5 Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

2.



Vorliegend ist die Beweistauglichkeit des MEDAS-Gutachtens vom 23. September 2016 umstritten, welches der Beschwerdeführerin eine Arbeitsfähigkeit von 100% attestiert.

2.1 Die Beschwerdeführerin schildert zusammenfassend eine unschöne, auch gewaltgeprägte Beziehung zu ihrer Stiefmutter ab ihrem etwa 5. Lebensjahr. Um dieser zu entkommen, habe sie mit 16 Jahren ihren ersten Ehemann geheiratet. Dieser habe sie misshandelt und in die später von Krieg beherrschte Heimat zurückgeschickt. Im Jahr 2001 habe sie ihre in der Schweiz lebende leibliche Mutter kennengelernt, welche ihr zu einer Rückkehr in die Schweiz verholfen habe. 2003 habe sie sich vom Ehemann getrennt und in der E. ___ AG zu arbeiten begonnen. Im Jahr 2008 habe sie erneut geheiratet. Auch diese Beziehung sei problematisch geworden. Im Jahr 2012 habe sie 20 Tabletten Dafalgan eingenommen, "um Ruhe zu haben". Am ___ 2013 sei sie auf dem Eis ausgerutscht und deswegen während drei Monaten arbeitsunfähig gewesen. Bis dahin sei es ihr recht gut ergangen, danach sei sie vom Arbeitgeber immer mehr unter Druck gesetzt worden. Man habe ihr nicht geglaubt, dass sie wirklich krank sei. Dies habe sie enttäuscht und belastet, und ihr psychischer Zustand habe sich zunehmend verschlechtert. Nach Ende der Schwangerschaft 2013 sei es zur Depression mit Wahn- und Panikzuständen gekommen (IV-act. 63-8 ff., 17; vgl. auch Assessment vom 16. April 2015, IV-act. 35; Bericht Haushaltklärung vom 6. November 2015, IV-act. 47-1, 7). Im Mai 2016 sagte sie aus, gegenwärtig fühle sie sich psychisch nicht genesen, leide an Albträumen, dem Gefühl, auf der Strasse verfolgt zu werden sowie Nervosität (IV-act. 63-14). Sie müsse manchmal weinen, fühle sich in ihrer Ehe gefangen und habe nach dem Aufstehen Gelenkschmerzen (IV-act. 63-10).

2.2 Dr. C. ___ hielt im Verlaufsbericht vom 17. Mai 2015 als Diagnose u.a. eine depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F33.22) fest. Seit März 2015 bestehe im Rahmen schwerer Depressivität eine psychotische Symptomatik. Die Beschwerdeführerin erlebe akustische Halluzinationen sowie oft Flashbacks der Kindheitstraumata (IV-act. 36-2). Gegenüber dem psychiatrischen Gutachter führte die Beschwerdeführerin aus, sie sei nervös, fühle sich manchmal auf der Strasse verfolgt. Seit Januar 2016 erhalte sie Zyprexa. Bis dahin habe sie manchmal das Gefühl gehabt, eine Stimme zu hören. Es sei eher ein Gefühl als ein Erleben gewesen. Seit Januar 2016 sei das Gefühl, verfolgt zu werden, nur noch



einmal aufgetreten (IV-act. 63-10). Der Gutachter hielt als objektiven Befund fest, das Ich-Bewusstsein sei ungestört, die Ich-Grenzen schienen intakt. Die berichteten Phänomene der "Verfolgung" entsprächen allenfalls Zwangsgedanken, jedoch bestehe kein Wahn. Die auffälligen Gedanken seien der Beschwerdeführerin bewusst und somit Ich-synton. Der Affekt sei nicht depressiv, gelegentlich aber etwas nachdenklich, wenn die Beschwerdeführerin über ihre beiden Ehen berichte. Eine Antriebsschwäche oder relevante Müdigkeit bestünden nicht. Realitätsorientierung und Realitätsbezug seien grösstenteils adäquat (IV-act. 63-12 f.). Beurteilend erklärte der Gutachter, die von der Beschwerdeführerin und ihrer behandelnden Psychiaterin geschilderte wahnhaft Symptomatik müsse von anderen Denkstörungen abgegrenzt werden, speziell von Zwangsgedanken. Letztere seien bewusst und würden nicht als von aussen oder von einer anderen Person gemacht erlebt. Bei der Beschwerdeführerin bestünden keine Wahneinfälle, Wahnwahrnehmungen und Wahnsysteme. Auch ergebe sich sonst keine psychopathologisch definierte Dynamik, die für eine psychotische Störung sprechen würde. Gegenwärtig könne eine relevante depressive Störung ausgeschlossen werden. Es würden von der Beschwerdeführerin lebensbestimmende Konflikte und symptomauslösende krisenhafte Situationen aus der Gegenwart und Vergangenheit berichtet, welche sich durchaus situativ zeitweise auf ihre Stimmung und ihr Aktivitätsniveau auswirken könnten. Die Ursachen seien jedoch psychosozialen Ursprungs und wären in der Gegenwart durch entsprechende Veränderung der Lebenssituation abzumildern (IV-act. 63-18). Die Beschwerdeführerin wendet ein, der Gutachter übersehe, dass bewusste Gedanken als fremd wahrgenommen würden und folglich ich-dyston seien. Die Verneinung von Wahn bzw. Halluzinationen sei nicht nachvollziehbar (act. G 1, N 36). Sie belegt dies aber nicht mit einer fachärztlichen Aussage, die sich hierzu und insbesondere zum Einfluss der Ich-Syntonie oder Ich-Dystonie auf die Arbeitsfähigkeit äussert.

2.3 Mit Bezug auf die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) führt der psychiatrische Gutachter aus, die Beschwerdeführerin führe die auch gegenwärtigen Beschwerden auf ihre Kindheitserfahrungen zurück. Sie berichte, das Ganze habe sich später durch die Misshandlungen in ihren Ehen verstärkt. Sie habe manchmal Alpträume, tagsüber denke sie über diese nach. Die erste Scheidung habe sie schwer getroffen, deshalb sei sie vorsichtig. Sie habe Angst, das alles noch einmal durchzumachen (IV-act. 63-12). Der Gutachter führte aus, die Kindheitserlebnisse seien



für die Beschwerdeführerin schwerwiegend gewesen und hätten ein konflikthafte Geschehen in Gang gesetzt. Es sei auch heute noch möglich, dass die Beschwerdeführerin davon träume und sich erinnere und auch, dass die früheren Erlebnisse durch bestimmte aktuelle Ereignisse aktualisiert würden. Ebenso erscheine plausibel, dass die Beschwerdeführerin ihre partnerschaftlichen Beziehungen in ähnlicher Weise gestalte, wie sie dies in den Beziehungsschwierigkeiten ihres Vaters und im Verhältnis zu dessen Frauen beschreibe. Dies entspreche jedoch nicht einer posttraumatischen Belastungsstörung, für diese fehlten schlicht die diagnostischen Kriterien (IV-act. 63-18). Der RAD bestätigt aufgrund der Akten das Nichtvorliegen einer PTBS (Stellungnahme vom 11. Januar 2017, IV-act. 72-2). Die behandelnde Psychiaterin äusserte zunächst lediglich den Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (Arztbericht vom 27. August 2014, IV-act. 17-1). In der Tagesklinik des Psychiatriezentrums F.____ waren aufgrund des zurückhaltenden Kontaktverhaltens der Beschwerdeführerin keine genügenden Hinweise erhebbar, um die Diagnose zu bestätigen (Bericht vom 26. November 2014, IV-act. 21-4). Im Bericht vom 8. April 2015 bestätigte Dr. C.____ die Diagnose, jedoch ohne sie anhand der einschlägigen Kriterien zu begründen (vgl. IV-act. 32). Die medizinischen Akten enthalten keine objektiven Gesichtspunkte dafür, dass entgegen dem Gutachten eine PTBS bestehe. Die Beschwerdeführerin berichtet hinsichtlich der belastenden Erlebnisse über Alpträume, die ihren Schlaf unterbrechen und sie tagsüber beschäftigen. Schwerwiegendere, das Befinden bzw. die Funktionalität dauerhaft tangierende Auswirkungen werden jedoch nicht beschrieben. Das Gutachten ist somit im Ergebnis, wonach keine die Arbeitsfähigkeit im invalidenversicherungsrechtlichen Sinn einschränkende PTBS vorliege, nachvollziehbar. Nachdem die Diagnose weder in einer dreimonatigen tagesklinischen Behandlung noch anlässlich der dreistündigen gutachterlichen Exploration (IV-act. 63-13) bestätigt werden konnte, ist nicht davon auszugehen, dass eine weitere Begutachtung zu einem anderen Ergebnis führen würde.

2.4 Zur Persönlichkeit hält der psychiatrische Gutachter fest, die Beschwerdeführerin wirke stellenweise selbstunsicher, verfüge jedoch auch über deutlich abhängige, unreife sowie vermeidende Züge (IV-act. 63-13). Es sei allenfalls von einer Persönlichkeitsakzentuierung auszugehen, wobei relevante Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit sowie pathologische Persönlichkeitszüge nicht bestünden, auch wenn eine Akzentuierung bestimmter Persönlichkeitsmerkmale offensichtlich sei. Die



Ausdauer, mit der die Beschwerdeführerin langjährig auch widrige Umstände ertrage und meistere, Kinder erziehe und für diese Sorge, spreche jedoch eher gegen eine defizitäre Ich-Stabilität (IV-act. 63-18). In Anbetracht der Diagnosekriterien einer Persönlichkeitsstörung, wonach eine Abweichung in Kognition, Affektivität, Impulskontrolle und Bedürfnisbefriedigung oder im zwischenmenschlichen Umgang stabil, von langer Dauer sein und in Kindesalter oder Adoleszenz begonnen haben muss (vgl. H. DILLING/H.J. FREYBERGER, Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 7. Aufl., Bern 2014, S. 234 f.), erscheint nachvollziehbar, dass diese Diagnose aufgrund des früheren Funktionsniveaus der Beschwerdeführerin vom Gutachter ausgeschlossen wird.

2.5 Die Gutachter fanden erhebliche Inkonsistenzen. So hielt die neuropsychologische Gutachterin fest, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit entsprächen die gezeigten Leistungen nicht der tatsächlichen Leistungsfähigkeit. Dafür sprächen die Ergebnisse in einem gut standardisierten Performanzvalidierungstest und die Inkonsistenzen innerhalb von Testverfahren. Zudem fänden sich Inkonsistenzen zwischen den Ergebnissen, dem gezeigten Verhalten und den subjektiven Angaben. Unter Anwendung der Slick-Kriterien ergäben sich Hinweise auf Aggravation (IV-act. 63-54, 55 f.). Wären die gezeigten, deutlich ausgeprägten Defizite von Aufmerksamkeit, Gedächtnis und der Exekutivfunktionen gültig, wäre die Versicherte deutlich verlangsamt, könnte sich kaum neue Informationen merken, einem längeren Gespräch folgen oder längere Handlungen aufrecht erhalten. Sie hätte Mühe, sich an neuen Orten zu orientieren, selbständig Termine wahrzunehmen und wäre bereits in einfachen Belangen auf Unterstützung angewiesen (IV-act. 63-54 f.). Die Auffälligkeiten im Performance-Validierungsverfahren könnten im gezeigten Ausmass nicht durch eine Depression oder eine posttraumatische Belastungsstörung oder die Fremdsprachigkeit erklärt werden (IV-act. 63-56). Der psychiatrische Gutachter bestätigte dies und ergänzte, die Auffälligkeiten erschienen aus psychiatrischer Sicht als bewusstseinsnah (IV-act. 63-16 f., 24). Dazu passten auch die teilweise nicht detektierbaren oder deutlich unter dem Referenzbereich liegenden Medikamentenspiegel trotz bewusster anamnestischer Angabe und Beteuerung einer täglichen, regelmässigen medikamentösen Einnahme (IV-act. 63-25).



2.6 Die Ausführungen der Gutachter zu den geltend gemachten kognitiven Einschränkungen scheinen plausibel: In der vor der neuropsychologischen Testung durchgeführten psychiatrischen Exploration (4. und 24. Mai 2016, IV-act. 63-1) erschienen Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnis intakt (IV-act. 63-12). Lediglich im Arztbericht vom 27. August 2014 hatte Dr. C.____ vermerkt, Aufmerksamkeitsdefizite seien klinisch eruierbar (IV-act. 17-2). Ihre späteren Berichte vom 7. Januar 2015 und vom 13. Mai 2015 erwähnten vor allem mit der Affektivität, den Erinnerungen und der Wahrnehmung zusammenhängende Befunde (vgl. IV-act. 22-3 und IV-act. 36-2). Auch Dr. D.____ hatte vorbehältlich einer noch leicht verminderten Konzentration im Rahmen der klinischen Prüfung intakte kognitive Fähigkeiten festgestellt (Bericht vom 10. März 2014, Fremdakten, act. 1-10). Zudem wurden die Auswirkungen durch ein angepasstes Zumutbarkeitsprofil berücksichtigt. Dieses beinhaltet im Wesentlichen einfache, eher manuelle Routinetätigkeiten ohne höhere intellektuelle Anforderungen mit sich wiederholenden und vorgegebenen Abläufen, ohne Verantwortung für andere Mitarbeiter, übermässigen Zeitdruck, Multitasking, regelmässigen Publikumsverkehr und möglichst ohne Schichtarbeit (IV-act. 63-17, 19)

2.7 Als verbleibende psychiatrische Beeinträchtigungen ohne Einfluss auf die invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsfähigkeit erhob der psychiatrische Gutachter (1.) Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung (ICD-10: F43.8), (2.) eine Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10: Z73.1), (3.) Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10: Z73) sowie (4.) eine remittierte postpartale Depression (IV-act. 63-20). Die orthopädische Gutachterin stellte im Wesentlichen nebst Verkürzungen des Metacarpale IV, V beidseits, einem leicht inkongruenten Gelenk metakarpophalangeal sowie Verkürzungen des Os metatarsale IV, der Grund- Mittel- und Endphalanx IV, einer leichtgradigen Hammerzehe und einem sehr diskreten Hallux valgus eine deutliche ventrale Spondylolyse C6/7 fest (IV-act. 63-36 f.). Relevante Probleme aus orthopädischer Sicht konnten nicht objektiviert werden (IV-act. IV-act. 63-32 f., 37). Der neurologische Gutachter interpretierte die von der Beschwerdeführerin beklagten Kopfschmerzen "eher" als Spannungsschmerzen denn als klassische Migräne (IV-act. 63-48). Versicherungsmedizinisch seien sie nicht quantitativ dauerhaft relevant. Sie seien eher im Zusammenhang mit der psychischen Symptomatik zu bewerten und auch in der Arbeitsfähigkeitsbewertung dort zu



subsumieren. Bezüglich der beklagten Gliederschmerzen lasse sich lediglich eine Druckempfindlichkeit der Muskulatur beschreiben, jedoch ohne radikuläre oder peripher-neurogene Schmerzkomponente, speziell ohne neurogene Schmerzanteile. Es erscheine auch hier wahrscheinlich, dass ein Zusammenhang mit dem psychischen Gesundheitsschaden bestehe (IV-act. 63-48). Somit könnten aus neurologischer Sicht keine Diagnosen mit versicherungsmedizinischer Relevanz gestellt werden. Auch aus neurologischer Sicht finde sich keine Ursache für die in der neuropsychologischen Begutachtung gezeigte Minderleistung (IV-act. 63-46). Aus somatischer Sicht erwähnt die Beschwerdeführerin eine orthopädische und rheumatologische Abklärung ihrer Gelenkschmerzen an Armen und Beinen vor längerer Zeit (IV-act. 63-10). Darüber hinaus sind jedoch keine fachmedizinischen Abklärungen oder Behandlungen aktenkundig. Zudem richtet sich die Beschwerde hauptsächlich gegen die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters. Es ist damit nachvollziehbar, dass - auch unter Berücksichtigung der neurologisch schlüssig beurteilten Kopfschmerzen - keine sich in relevanter Weise auswirkenden somatischen Erkrankungen bestehen.

2.8 Aus dem Gutachten geht somit schlüssig hervor, dass die geltend gemachten Einschränkungen nicht auf objektivierbaren Gesundheitsschäden, sondern hauptsächlich auf psychosozialen Belastungsfaktoren beruhen. In der Gesamtschau seien - so der gutachterliche Konsens - deutliche psychosoziale Belastungsfaktoren gegeben, insbesondere anhaltende Partnerschaftskonflikte, Schwierigkeiten mit dem Sohn. Dadurch bestünden lebensbestimmende Konflikte und symptomauslösende krisenhafte Situationen, welche die Stimmung und das Aktivitätsniveau der Beschwerdeführerin situativ zeitweise beeinflussen könnten (IV-act. 63-25). Die beklagten Einschränkungen sind auch nicht in der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Schwere nachzuweisen. Vielmehr ergab die neuropsychologische Begutachtung klare Hinweise auf eine Verfälschung der Befunde bzw. auf Aggravation. Auch die offensichtlich fehlende Compliance bei der Medikamenteneinnahme spricht gegen eine schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigung. Sodann verfügt die Beschwerdeführerin als Ressourcen über eine durchschnittliche bis gute Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie Kompromissbereitschaft. Sie ist in der Lage, sich einfaches Wissen anzueignen und in einer einfachen, ihrer beruflichen Qualifikation entsprechenden Tätigkeit anzuwenden. Sie verfügt über ausreichende Kompetenz, ist mobil und kann sich im Alltag selbst versorgen (IV-act. 63-19, 21). Gemäss Gutachten



besteht keine wesentliche defizitäre Ich-Stabilität, vielmehr scheine auch das erweiterte soziale Umfeld hinreichend stabil. Auch habe die Beschwerdeführerin von 2003 bis 2014 mit 100% Pensum gearbeitet und trotz Migration und Erlernen einer neuen Sprache Durchhaltefähigkeit, Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit bewiesen und eine insgesamt gute persönliche Ressourcenlage gezeigt (IV-act. 63-25). Andererseits sind die Sprachkenntnisse gering und die Beschwerdeführerin verfügt über keine PC-Kenntnisse (IV-act. 63-46).

2.9 Zusammenfassend berücksichtigt das Gutachten die geltend gemachten Beschwerden und die medizinischen Akten. Es ist nachvollziehbar und schlüssig. Das psychiatrische Hauptgutachten erörtert nach der Anamnese der Beschwerden die Ergebnisse der neuropsychologischen Begutachtung (IV-act. 63-14 bis 63-17), woran sich die Beurteilung unter Berücksichtigung der neuropsychologischen Begutachtung anschliesst (IV-act. 63-17 f., jeweils kursive Titel). Soweit das Gutachten ab dem Zeitpunkt insbesondere der psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchung der Beschwerdeführerin eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert, ist darauf abzustellen.

3.

3.1 Rückwirkend lag gemäss Gutachten psychiatrisch und interdisziplinär betrachtet lediglich vom 16. Dezember 2013 bis 7. Januar 2014 eine 100%-ige und vom 7. Januar 2015 bis Mai 2015 eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit vor (IV-act. 63-27, 30). Seither besteht eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit (IV-act. 63-21, 27). Die Beschwerdeführerin selbst schilderte, nach der Entbindung im September 2013 sei sie zunächst drei Monate im Erziehungsurlaub gewesen. Nach der Entbindung seien aber Depressionen aufgetreten, weshalb ihr zunächst für einen Monat von der Hausärztin, danach für weitere drei Monate von ihrer Psychiaterin Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei. Später sei sie zwei Monate lang ambulant psychiatrisch betreut worden. In dieser Zeit sei sie noch zu 100% arbeitsunfähig gewesen. Nach Auflösung des Arbeitsverhältnisses im Juni 2014 sei sie weiter psychiatrisch zu 100% arbeitsunfähig gewesen, dies auch, als sie im August/September/Oktober 2014 in die Tagesklinik gekommen sei. Erst seit Dezember 2015 sei sie zu 50% arbeitsunfähig (IV-act. 63-8). Seit Januar 2016 habe sie Zyprexa verschrieben erhalten. Das zuvor gehabte Gefühl, auf der Strasse verfolgt zu werden, sei seither nur noch einmal aufgetreten. Das Gefühl,



dass ihr jemand nachrufe, habe sich in letzter Zeit auch nicht mehr wiederholt (IV-act. 63-10).

3.2 Die erstgenannte Arbeitsunfähigkeitsperiode lässt sich zeitlich mit der postpartalen Depression begründen (Geburt der Tochter am __ 2013, IV-act. 5-5). Eine anschliessende durchgehende volle Arbeitsfähigkeit ab dem 8. Januar 2014 bis zu der von den Gutachtern ab dem 7. Januar 2015 wiederum anerkannten Arbeitsunfähigkeit von 50% erscheint indes nicht nachvollziehbar; dies bereits in Anbetracht der mit der Behandlung in der Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums F.__ vom 11. August bis 7. November 2014 (vgl. IV-act. 21) einhergehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit. Dr. D.__, Vertrauensarzt des Krankentaggeldversicherers, attestierte zudem am 10. März 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bis 31. Mai 2014 und eine Arbeitsfähigkeit von 50% ab 1. Juni 2014 (Fremdakten, act. 1-8 ff.). Die behandelnde Dr. C.__ schrieb die Beschwerdeführerin bis zum 30. Juni 2014 zu 100% arbeitsunfähig (Arztzeugnisse vom 26. Mai und 13. Juni 2014, IV-act. 3-2 f.). Im Verlaufsbericht vom 11. Juni 2014 schilderte sie eine Dekompensation mit leicht wahnhaften Elementen. Die (vorgesehene) Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 50% sei nicht zumutbar gewesen (IV-act. 17). Im Arztbericht vom 27. August 2014 schätzte sie die Arbeitsfähigkeit quantitativ auf 50%, allerdings bis mindestens Februar 2015 noch mit verminderter Leistungsfähigkeit (IV-act. 17-3). Die behandelnde Psychiaterin und Psychologin in der Psychiatrischen Tagesklinik F.__ attestierten der Beschwerdeführerin für die Dauer der Behandlung vom 11. August bis 7. November 2014 nachvollziehbar eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Anschliessend war angedacht, den beruflichen Einstieg am 24. November bzw. 1. Dezember 2014 mit einer Arbeitsfähigkeit von 20% zu beginnen und mit 50% fortzusetzen (Bericht Psychiatrisches Zentrum F.__ vom 26. November 2014, IV-act. 21; Verlaufsbericht Dr. C.__ vom 7. Januar 2015, IV-act. 22). Im Gutachten fehlt betreffend die rückwirkende Festlegung der Arbeitsfähigkeit für das Jahr 2014 eine Auseinandersetzung mit den genannten Arztberichten bzw. den dortigen Arbeitsfähigkeitsschätzungen. In der "fachspezifischen Aktendiskussion" wird zwar auf die "Ausführungen im psychiatrischen Text" verwiesen (IV-act. 63-20); eine substantielle Auseinandersetzung des psychiatrischen Gutachters mit den durch Dr. D.__, Dr. C.__ und das Psychiatrische Zentrum F.__ attestierten Arbeitsunfähigkeiten findet sich dort indessen nicht. Ab 7. Januar 2015 bestätigten Dr. C.__ sowie die Gutachter eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit, wobei die behandelnde Ärztin



von einer Leistungsminderung von 50% bis 80% ausgeht, welche indes von den Gutachtern nachvollziehbar nicht anerkannt wird (IV-act. 22-2 und 63-30).

3.3 Aufgrund der vorhandenen Beurteilungen ist gesamtbetrachtend davon auszugehen, dass auch nach der Remission der postpartalen Depression im Längsverlauf durchschnittlich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50%, eventuell auch höher, bestand. Eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit ist während des Aufenthalts in der psychiatrischen Tagesklinik vom 11. August bis 7. November 2014 ausgewiesen. Ab dem 1. Dezember 2014 ist eine höhere als 50%-ige Arbeitsunfähigkeit als beweislos zu bezeichnen und mit den Gutachtern ist davon auszugehen, dass ab anfangs Juni 2015 wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit vorlag.

4.

4.1 Nach dem Gesagten bestand in der bisherigen Tätigkeit gemäss Gutachten und den weiteren medizinischen Akten ab 16. Dezember 2013 zunächst eine vollumfängliche und ab Januar 2014 überwiegend wahrscheinlich eine zumindest 50%-ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 63-27). Damit lag ab 16. Dezember 2013 durchwegs eine mindestens 40%-ige Arbeitsunfähigkeit vor und war das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG am 17. Dezember 2014 abgelaufen. Die Beschwerdeführerin meldete sich am 19. Juni 2014 zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Somit besteht ein allfälliger Rentenanspruch ab 1. Dezember 2014 (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Für den Einkommensvergleich massgebend ist somit das Jahr 2014 (BGE 129 V 222).

4.2 Bis zum Austritt aus der Tagesklinik am 7. November 2014 lag eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit und ab dem 1. Dezember 2014 gemäss vorstehenden Erwägungen eine solche von 50% vor. Der Einkommensvergleich ist demnach auf Basis einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit vorzunehmen.

4.3 Im Jahr 2012 erzielte die Beschwerdeführerin ein Einkommen von Fr. 61'991.--, wobei es in den Jahren davor tiefer ausgefallen war (vgl. Auszug aus dem individuellen Konto [IK]; vgl. auch Lohnjournal, IV-act. 13-11). Unter Berücksichtigung der



Nominallohnentwicklung (Bundesamt für Statistik [BFS], Lohnentwicklung, T 39, Indizes Frauen: 2012: 2630, 2014: 2673) beläuft es sich auf Fr. 63'005.--. Dies entspricht dem Valideneinkommen, da anzunehmen ist, dass die Beschwerdeführerin ohne Eintritt der Depression nach dem Mutterschutzurlaub wieder vollzeitlich an den Arbeitsplatz zurückgekehrt wäre. Das Durchschnittseinkommen gemäss Lohnstrukturerhebung 2014 betrug für Frauen, Kompetenzniveau 1, Fr. 53'793.-- (Informationsstelle AHV/IV, IV, Ausgabe 2019, Bern 2019, Anhang 2). Bei einer Arbeitsfähigkeit von 50% beträgt das Invalideneinkommen Fr. 26'897.-- (Fr. 53'793.-- x 0,5). Ein Tabellenlohnabzug ist nicht vorzunehmen, da die gesundheitlichen Einschränkungen bereits in der Arbeitsfähigkeitsschätzung enthalten sind. Somit beträgt der Invaliditätsgrad 57,3% $([Fr. 63'005.-- - Fr. 26'897.--] : Fr. 63'005.--)$.

4.4 Die 50%-ige Arbeitsunfähigkeit dauerte gemäss Gutachten bis (31.) Mai 2015. Seit 1. Juni 2015 besteht laut Gutachten eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit (IV-act. 63-27). Auf die rückwirkende Zusprache einer abgestuften und/oder befristeten Invalidenrente sind die für die Rentenrevision geltenden Normen (Art. 17 ATSG i.V.m. Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) analog anzuwenden (BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis, BGE 109 V 125 E. 4a), wenn - wie vorliegend - noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist (Urteil des Bundesgerichts vom 5. Mai 2011, 9C_996/2010, E. 8 mit weiteren Hinweisen). In Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV hat die Beschwerdeführerin vom 1. Dezember 2014 bis 31. August 2015 Anspruch auf eine halbe Rente. Danach besteht aufgrund 100%-iger Arbeitsfähigkeit auch in der angestammten Tätigkeit kein Rentenanspruch mehr.

5.

5.1 Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und der Beschwerdeführerin mit befristeter Wirkung vom 1. Dezember 2014 bis 31. August 2015 eine halbe Rente zuzusprechen. Die Sache ist zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.



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 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. In Anbetracht der Tatsache, dass der Beschwerdeführerin statt der beantragten unbefristeten Rente nur eine befristete Rente für neun Monate zugesprochen wird, ist ermessensweise von einem Obsiegen zu einem Viertel auszugehen. Entsprechend bezahlt die Beschwerdegegnerin die Gerichtsgebühr im Umfang von Fr. 150.-- und die Beschwerdeführerin im Betrag von Fr. 450.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin im Umfang von Fr. 450.-- daran anzurechnen und im Umfang von Fr. 150.-- zurückzuerstatten.

5.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat am 11. August 2017 eine Honorarnote über Fr. 5'307.10 (inklusive pauschale Barauslagen und Mehrwertsteuer) eingereicht und macht einen überdurchschnittlichen Aufwand geltend (act. G 11, 11.1). Dem kann nicht gefolgt werden. Vorweg ist darauf hinzuweisen, dass nicht der geltend gemachte, sondern nur der notwendige Aufwand zu entschädigen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Februar 2009, 8C_140/2008, E. 11.1 mit Hinweisen). Umstritten ist hauptsächlich das psychiatrische und neuropsychologische Gutachten, und auch die medizinischen Akten betreffen fast ausschliesslich das psychiatrische Fachgebiet. Sie sind im Vergleich zu üblichen IV-Fällen auch nicht besonders umfangreich. In vergleichbaren invalidenversicherungsrechtlichen Fällen wird praxisgemäss eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) gesprochen (vgl. etwa Entscheid des Versicherungsgerichts vom 18. August 2014, IV 2012/222, E. 4.3.2). Aufgrund des teilweisen Obsiegens hat die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin mit einer Pauschale von Fr. 875.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

Entscheid



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung aufgehoben und der Beschwerdeführerin mit befristeter Wirkung vom 1. Dezember 2014 bis 31. August 2015 eine halbe Rente zugesprochen. Die Sache wird zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- bezahlen die Beschwerdegegnerin im Umfang von Fr. 150.-- und die Beschwerdeführerin im Betrag von Fr. 450.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin daran angerechnet und im Umfang von Fr. 150.-- zurückerstattet.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 875.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.