

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/329 vom 13. März 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-03-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_329

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/329 du 13 mars 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/329 del 13 marzo 2020

Regeste

Art. 7, 8 und 16 ATSG. Art. 28 IVG. Würdigung eines psychiatrischen Gutachtens inklusive einer neuropsychologischen Untersuchung. Aufgrund eines im Beschwerdeverfahren eingereichten Arztberichts haben sich neue Erkenntnisse ergeben. Der medizinische Sachverhalt ist nicht vollständig abgeklärt worden. Rückweisung zur weiteren Abklärung und anschliessender Neuverfügung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13. März 2020, IV 2017/329).

Volltext

Entscheid vom 13. März 2020 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Viviane Kull
Geschäftsnr. IV 2017/329 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Laurent Häusermann, Amparo Anwälte und Notare, Neugasse 26, Postfach 148, 9001 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich im März 2014 (Posteingang: 11. April 2014) wegen eines akuten Burnouts, einer Depression und einem Stress-Diabetes zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 1). Sie gab an, bei der B.____ AG als Key Account Managerin tätig zu sein. In einem Arbeitgeberbericht teilte eine Mitarbeiterin der B.____ AG am 28. April 2014 mit (IV-act. 13), die Versicherte sei von Januar 2011 bis April 2014 als Key Account Managerin angestellt gewesen. Wegen eines längeren Krankheitsausfalls der Versicherten habe die Stelle neu besetzt werden müssen. Der letzte Arbeitstag der Versicherten sei am 25. Oktober 2013 gewesen. Dr. med. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, berichtete am 30. April 2014 (IV-act. 14), bei der Versicherten seien folgende Diagnosen gestellt worden: 32.1, Z73, Z56. Die Versicherte habe sich vom 16. Dezember 2013 bis 14. Februar 2014 in der Klinik D.____ aufgehalten. Ab dem 28. Februar 2014 bis auf weiteres sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit zu bestätigen. Die Versicherte leide an einer schweren psychischen und körperlichen Erschöpfung mit stark vermindertem Antrieb, Stimmungsinstabilität, Ängsten und teils Konzentrationsstörungen. Die Prognose sei längerfristig günstig, aber es bedürfe noch einer weiteren Schonung von mindestens ca. drei bis vier Monaten. Sie legte den Austrittsbericht der Klinik D.____ vom 18. Februar 2014 bei. Darin waren folgende Diagnosen festgehalten worden: Mittelgradige depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.1), Zustand totaler Erschöpfung (ICD-10 Z73), Unstimmigkeiten mit Vorgesetzten (ICD-10 Z56) bei narzisstischer Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73), nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes), Migräne und posttraumatisches zervikozephalales Syndrom. Die Versicherte reichte am 28. Mai 2014 Kopien von

Ausbildungsbescheinigungen ein (IV-act. 21, 22). Demnach hat sie im Jahr 1993 in Z. ___ einen Abschluss als geprüfte Pharmareferentin gemacht. Dr. C. ___ attestierte der Versicherten am 2. Juni 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. Juni 2014 bis 30. Juni 2014 (IV-act. 23). Am 21. August 2014 berichtete Dr. C. ___ (IV-act. 27), die Versicherte leide an einer schweren depressiven Verstimmung mit einer Tendenz zur Besserung (ICD-10 32.2, Z73, Z56), an akzentuierten Persönlichkeitszügen mit narzisstischen Zügen und an Kindheitstraumata. Die Prognose sei gut, da die Versicherte sehr an der Verbesserung ihres Zustandsbildes mithilfe. Zurzeit sei die Versicherte völlig überfordert und nicht arbeitsfähig. Wenn das Zustandsbild "o.k." sei, könne ab Anfang Januar 2015 mit einer 50%igen Arbeitsfähigkeit gerechnet werden. Der RAD-Arzt Dr. med. E. ___ notierte am 25. August 2014 (IV-act. 28), aktuell bestehe keine verwertbare Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt. Am 31. Januar 2015 teilte Dr. C. ___ mit (IV-act. 32), der Gesundheitszustand der Versicherten sei stationär geblieben bzw. habe sich verbessert. Die Depression habe sich leicht gebessert. Nach wie vor bestehe aber ein recht hoher Erschöpfungszustand und eine verminderte Belastbarkeit. Die Versicherte sei unternehmungsfreudiger und habe insgesamt mehr Antrieb. Sie möchte gerne wieder arbeiten. Die bisherige Tätigkeit sei ihr im Prinzip zumutbar, aktuell bis Ende Februar 2015 aber noch zu einem stark eingeschränkten Pensum von wenigen Stunden pro Tag bei einer verminderten Leistungsfähigkeit von schätzungsweise 80%. Die Arbeitsfähigkeit betrage zurzeit maximal 20%. Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 7. April 2015 mit (IV-act. 45, 46), im Rahmen einer Frühinterventionsmassnahme werde ihr ein Coaching gewährt. Zudem habe sie einen Anspruch auf Arbeitsvermittlung. Am 28. September 2015 bescheinigte Dr. C. ___ eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. Oktober 2015 bis 31. Oktober 2015 und bis auf weiteres (IV-act. 52). Im Schlussbericht vom 21. Oktober 2015 betreffend das Coaching wurde festgehalten (IV-act. 53), die Versicherte sei eine intelligente Persönlichkeit. Sie möchte Erfolg haben und anerkannt sein. Wenn es darum gegangen sei, sich aktiv im Netzwerk und auf dem Arbeitsmarkt zu bewegen, hätten ihre Vorstellungen jedoch oftmals im Widerspruch zu ihrer eher passiven Haltung gewirkt. Dr. C. ___ gab am 7. Dezember 2015 als Diagnosen ein rezidivierend depressives Zustandsbild (33.1, Z56, Z73) mit körperlicher Erschöpfung, eine Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen Zügen bei Kindheitstraumatisierungen durch eine sehr schwierige Kindheitskonstellation (Adoptivkind) und einen Diabetes mellitus an (IV-act. 56). Sie führte aus, der Genesungsprozess sei noch nicht sehr weit fortgeschritten. Die Versicherte sei etwas stabiler, aber immer noch wenig belastbar. Sie bedürfe vermutlich weitere ein bis zwei Jahre der Behandlung. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Key Account Managerin habe von 30. April 2014 bis 30. März 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab dann habe die Arbeitsfähigkeit 20% und dann 50% betragen. Die bisherige Tätigkeit sei ihr nicht mehr zumutbar. Nicht genau beurteilbar sei, zu wieviel Prozent sie in einer adaptierten Tätigkeit noch arbeitsfähig sei. Sie werde vermutlich höchstens noch 50% arbeiten können. Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 4. Januar 2016 mit (IV-act. 61), dass kein Anspruch auf berufliche Massnahmen bestehe. Am 4. Februar 2016 berichtete Dr. C. ___ (IV-act. 64), die Versicherte leide neu an vermehrten Ängsten und körperlichen Beschwerden. Der Befund habe sich in den letzten Wochen sehr verschlechtert, die Versicherte sei jeglichem Stress nicht mehr gewachsen. Die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit sei nicht genau beurteilbar und betrage, wenn überhaupt, 20%. Sie nannte dieselben Diagnosen wie im Bericht vom 7. Dezember 2015, gab im Zusammenhang mit der Diagnose eines rezidivierend depressiven

Zustandsbilds jedoch den Diagnosecode 33.2 statt 33.1 an. Am 20. Juli 2016 und 17. August 2016 wurde die Versicherte durch Prof. Dr. med. F.____ psychiatrisch und durch dipl. psych. G.____ neuropsychologisch untersucht. Im Gutachten vom 25. Juli 2016 / 17. August 2016 gab Prof. F.____ an (IV-act. 73-44), er habe keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erheben können. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gab er an: Depressive Episode, remittiert (ICD-10 F32.4), ausgeprägte narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1), Problem in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56), Erschöpfungssyndrom (burn-out, ICD-10 Z73.0). Prof. F.____ führte in Bezug auf seine psychiatrische Untersuchung aus (IV-act. 73-35 ff.), Hinweise auf eine Aggravation oder bewusstseinsnahe Simulation hätten sich nicht ergeben. Die Versicherte habe eine erhöhte Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen beklagt. Während der fast dreistündigen Untersuchung seien keine Störungen des Kurz- oder Langzeitgedächtnisses objektivierbar gewesen. Ebenso habe die Versicherte die Aufmerksamkeit und die Konzentration gut halten können. Der formale Gedankengang sei in Kohärenz und Stringenz ungestört und das Denken sei im Tempo nicht verzögert gewesen. Die Versicherte habe subjektiv eine verstärkte Müdigkeit und verfrühte Erschöpfbarkeit angegeben. Die kognitive Begabung habe, soweit dies im Rahmen einer psychiatrischen Exploration feststellbar gewesen sei, im oberen Normbereich gelegen. Das Selbstwerterleben sei deutlich reduziert gewesen. Klinisch hätten sich deutliche Hinweise auf eine ausgeprägte narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung gefunden. Aufgefallen sei das Bestehen eines ausgeprägten Intentionstremors. G.____ hielt fest (IV-act. 73-37 ff., 73-51 f.), die Ergebnisse der formalisierten Beschwerdenuvalidierung seien auffällig und in sich nicht konsistent gewesen. Sie hätten bei einfachen Gedächtnis-Aufgaben im Leistungsbereich von hospitalisierten Demenz-Patienten im fortgeschrittenen Stadium gelegen. Eine derart schwere kognitive Störung liege bei der Versicherten jedoch nicht vor, wie aus anderen Informationsquellen zweifelsfrei zu schliessen sei. Die Ergebnisse der formalisierten kognitiven Beschwerdenuvalidierung, der Fragebogenerhebung sowie eingebetteter Indices hätten erhebliche Zweifel an der Mitwirkung der Versicherten in der Untersuchung begründet. Aufgrund der verminderten Kooperationsbereitschaft habe kein gültiges Testprofil erhalten werden können. Die Angabe gehäuft ungewöhnlicher und bizarrer Symptome im Fragebogenverfahren hätten auf eine generelle Aggravation oder Simulation psychiatrischer Symptome hingewiesen. Die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung seien als nicht valide einzuschätzen und wiesen auf eine bewusstseinsnahe Selbstlimitierung bei angestrebtem Krankheitsgewinn hin. Die erhobenen ausgeprägten Minderleistungen seien mit den in den Akten beschriebenen Diagnosen nicht zu vereinbaren. Würde das in der Testung gezeigte Leistungsvermögen dem tatsächlichen Leistungsvermögen entsprechen, wären eine eigenständige Lebensführung und das Fahren eines PKW nicht möglich. Aufgrund der erhobenen Testwerte könnten weder die Art und das Ausmass von kognitiven Defiziten noch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angegeben werden. Daraus könne jedoch nicht der Schluss gezogen werden, dass keine kognitiven Einbussen vorgelegen hätten. In der zusammenfassenden Beurteilung gab Prof. F.____ an (IV-act. 73-43 ff.), in der Untersuchung hätten sich keine depressiv affektiven Symptome mehr gezeigt. Lediglich die Freudfähigkeit scheine leicht gemindert gewesen. Daher sei von einer Remission der depressiven Episode auszugehen. Im Vordergrund stünden weiterhin narzisstische Kränkungsgefühle bei Unstimmigkeiten an der letzten Arbeitsstelle (ICD-10 Z56) bei subjektiven Mobbinggefühlen mit Rückzug in die Opfer- und Krankenrolle. Diese Störung

sei auf dem Boden der zuvor dargestellten Persönlichkeitsentwicklung mit einer ausgeprägten narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1) entstanden. Es bestehe ein Erschöpfungssyndrom (burn-out, ICD-10 Z73.0). Ein Gesundheitsschaden im IV-relevanten Sinn liege nicht vor. Es habe eine erhebliche Diskrepanz zwischen den objektiv zu erhebenden Psychopathologika und den subjektiven Wahrnehmungen der Versicherten bestanden. Gesundheitsbedingte Fähigkeitsstörungen hätten nicht vorgelegen. Es seien vor allem motivationale Aspekte, welche eine berufliche Wiedereingliederung auf der geschilderten Basis verhindern würden. Die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchungen seien als insgesamt nicht valide einzuschätzen und deuteten auf eine bewusstseinsnahe Selbstlimitierung bei angestrebtem Krankheitsgewinn hin. Die persönlichen Ressourcen würden bei Weitem nicht ausgeschöpft. Die Versicherte sei eine überdurchschnittlich intelligente Frau mit guter Berufsausbildung, hervorragender Karriere und immenser Berufserfahrung. Bei der Versicherten bestehe aus IV-relevanter Sicht kein Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die mittel- und langfristige Arbeitsfähigkeit. Dies gelte seit der Antragstellung und anhaltend. Mit einem Vorbescheid vom 10. Oktober 2016 (IV-act. 80) stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Zur Begründung gab sie an, aufgrund der medizinischen Beurteilung sei sie in der bisherigen Tätigkeit und in sämtlichen anderen Tätigkeiten zu 100% arbeitsfähig. Bei der Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei es ihr ohne weiteres möglich, ein Einkommen in derselben Höhe wie im Jahr 2012 zu erzielen. Der Invaliditätsgrad betrage damit 0%. Am 10. November 2016 erhob die Versicherte dagegen einen Einwand (IV-act. 94). Sie machte im Wesentlichen geltend, nach der Ansicht von Dr. C. ___ sei die angebliche Selbstlimitierung klar auf die psychische Gesundheitsbeeinträchtigung zurückzuführen und könne nicht mit einer fehlenden Motivation erklärt werden. Die Motivation sei vorhanden, nur habe sich der Gesundheitszustand nicht wie zunächst erhofft verbessert, sondern zwischenzeitlich sogar verschlechtert. Insbesondere habe sich an der sehr geringen Belastbarkeit bislang nichts geändert. Sie (die Versicherte) habe sich vom 11. April 2016 bis 12. Juni 2016 in der Klinik H. ___ in stationärer Behandlung befunden. Dies sei von der IV-Stelle ausser Acht gelassen worden. Auch der Gutachter habe dies nur am Rande erwähnt. Für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit sei es unumgänglich, dies zu berücksichtigen. Zudem seien die letzten acht Monate des Krankheitsverlaufs vor der Zustellung des Vorbescheids gänzlich unberücksichtigt geblieben. Der Sachverhalt sei damit nicht rechtsgenügend abgeklärt worden. Die Versicherte reichte eine Stellungnahme von Dr. C. ___ vom 9. November 2016 und einen Kurzaustrittsbericht der Klinik H. ___, Fachbereich Psychosomatik, vom 13. Juni 2016 ein. Zudem reichte sie ihre Kommentare zum Gutachten ein. Dr. C. ___ hatte in der Stellungnahme folgende Diagnosen notiert: Rezidivierend depressives Zustandsbild (33.1, Z56, Z73) mit körperlicher Erschöpfung, kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 61.0 mit vorwiegend narzisstischen Anteilen) beruhend auf Kindheitstraumatisierungen durch eine sehr schwierige Kindheitskonstellation (Adoptivkind), Diabetes mellitus. Sie hatte ausgeführt, die Versicherte leide an subjektiven Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, an Schlafstörungen, Lustlosigkeit, Ängsten und sozialem Rückzug. Die Stimmung sei überwiegend gedrückt und die Alltagsbewältigung sei eindeutig erschwert. Der Genesungsprozess sei noch nicht weit fortgeschritten. Die Versicherte sei zwar etwas stabiler, aber immer noch sehr wenig belastbar. Die Arbeitsfähigkeit betrage maximal 30% mit wenigen Stunden am Tag. Dr. med. I. ___ von der Klinik H. ___ hatte im Kurzaustrittsbericht folgende Diagnosen festgehalten: Rezidivierende depressive Episode, derzeit mittelgradig, bei multifaktorieller

psychosozialer Belastung mit Entwicklung eines Erschöpfungssyndroms (F33.1, Z73.0), Akzentuierung von Persönlichkeitszügen (Z73.1), Angst- und Panikstörung (F41.0), entgleister Diabetes mellitus Typ II, Nebendiagnose: Degenerative Wirbelsäulenveränderung mit LWS- und HWS-Syndrom (M54). Sie hatte notiert, die Versicherte habe die Klinik in einem gebesserten Zustand verlassen. Die Belastbarkeit und der Schlaf hätten sich verbessert. Es hätten jedoch weiterhin Stimmungsschwankungen und Ängste mit zwar geringeren, aber noch auftretenden Tendenzen zu Rückzug und Regression im Wechsel mit Selbstüberforderung bestanden, dies auch angesichts der auf die Versicherte zukommenden schwierigen Situation, das finanzielle Auskommen bis zum Rentenentscheid über die soziale Unterstützung überbrücken zu müssen. Die IV-Stelle bat Prof. F. ___ am 25. Januar 2017 (IV-act. 97), zum Einwand der Versicherten Stellung zu nehmen. Prof. F. ___ teilte am 16. Februar 2017 mit (IV-act. 98), Dr. C. ___ habe in der Stellungnahme vom 9. November 2016 im Psychostatus subjektive Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen beschrieben und notiert, es hätten Schlafstörungen und Lustlosigkeit sowie ein sozialer Rückzug bestanden. Weitere Symptome einer Depression habe sie nicht angegeben. Ebenso habe sie keine früheren depressiven Phasen erwähnt, die die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung zulassen würden. Die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung sei damit nicht nachvollziehbar. Bezüglich der Einschätzung einer narzisstischen Persönlichkeitsstruktur bestehe kein Dissens zu den Diagnosen im Gutachten. Der Austrittsbericht der Klinik H. ___ enthalte keinen Psychostatus, der die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Episode, derzeit mittelgradig, bei multifaktorieller psychosozialer Belastung mit Entwicklung eines Erschöpfungssyndroms (ICD-10 F33.1, Z73.0), Akzentuierung von Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1) und Angst- und Panikstörung (ICD-10 F41.0) nachvollziehbar machen würde. Die Diagnosestellungen seien im Bericht nicht nachvollziehbar erläutert worden. Ebenso wenig sei mitgeteilt worden, wann eine vorherige depressive Episode erfolgt sei. Zudem kenne der ICD-10 die von Dr. I. ___ benannte psychische Störung einer rezidivierenden depressiven Episode nicht (Anmerkung: Entweder rezidivierende depressive Störung oder depressive Episode). Es sei ein verbesserter psychophysischer Zustand der Versicherten nach der Entlassung beschrieben worden. Es hätten jedoch noch Ängste vor Selbstüberforderung und finanzielle Zukunftsängste bestanden. Diese Faktoren seien IV-fremd. Die Einlassungen der Versicherten gegen das Gutachten spiegelten ihre narzisstische Kränkung und ihren daraus entstehenden Entschädigungswunsch wider. Der RAD-Arzt Dr. E. ___ notierte am 23. Mai 2017 (IV-act. 101), Prof. F. ___ habe zu den Einwänden der Versicherten Stellung genommen und diese plausibel ausgeräumt. An der gutachterlichen Einschätzung sei festzuhalten. Am 30. Mai 2017 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit (IV-act. 102), sie sehe vor, am bisherigen Entscheid festzuhalten. Sie gab der Versicherten die Möglichkeit, sich zur Stellungnahme von Prof. F. ___ vom 16. Februar 2017 zu äussern. Die Versicherte machte am 5. Juli 2017 im Wesentlichen geltend (IV-act. 103), Prof. F. ___ habe sie anlässlich der Untersuchung wissentlich manipuliert, indem er sie in ein persönliches Gespräch verwickelt und damit die Grenzen eines Gutachtergesprächs weit überschritten habe. Er habe ihr auch Worte in den Mund gelegt, die sie nie gesagt habe. Des Weiteren habe er ihren Tremor heruntergespielt. Dies sei ein Missbrauch seiner Position gewesen. Es sei eindeutig, dass der Gutachter im Interesse der IV-Stelle gearbeitet und keinesfalls ihren Gesundheitszustand objektiv beurteilt habe. Mit einer Verfügung vom 13. Juli 2017 (IV-act. 104) wies die IV-Stelle, entsprechend dem Vorbescheid, das Rentenbegehren ab. Zu den Einwänden hielt sie fest, der Gutachter sei

angehalten, eine neutrale Beurteilung vorzunehmen. Das Gutachten entspreche formal und inhaltlich den Konventionen, welche an ein medizinisches Gutachten gestellt werden dürften. Deshalb komme dem Gutachten voller Beweiswert zu. Im Rahmen dieser Abklärungen sei das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens verneint worden. Aufgrund dessen bestehe in der angestammten wie auch in jeder anderen, geeigneten Tätigkeit eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Im Einwand seien keine neuen Tatsachen oder Unterlagen vorgebracht worden, welche zu einem anderen Ergebnis geführt hätten. Die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) erhob am 13. September 2017 eine Beschwerde (act. G 1). Sie beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 13. Juli 2017 und die Zusprache der gesetzlichen Leistungen; eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen. Zur Begründung machte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend, das Gutachten sei in wesentlichen Punkten nicht nachvollziehbar, widersprüchlich und leuchte nicht ein. Seit dem Jahr 2013 seien durchgängig ein auffälliger Psychostatus sowie eine verminderte Belastbarkeit festgestellt worden. Daher sei nicht einleuchtend, dass der Psychostatus anlässlich der Begutachtung komplett unauffällig gewesen sein solle. Die Beschwerdeführerin habe es bei der neuropsychologischen Testung möglichst gut machen wollen. Sie sei jedoch mehrmals von heftigen Emotionen heimgesucht worden. Dies habe die Konzentration und Leistung massiv beeinträchtigt. Der Gutachter habe einen ausgeprägten beidseitigen Intentionstremor festgestellt. Dieser Tremor hätte abgeklärt werden müssen. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 8. Dezember 2017 die Abweisung der Beschwerde (act. G 6). Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, dem Gutachten komme grundsätzlich Beweiswert zu. Der von der Beschwerdeführerin eingebrachte, in den Behandlerberichten erwähnte auffällige Psychostatus sowie die verminderte Belastbarkeit resultierten insbesondere daraus, dass die Behandler hauptsächlich auf die subjektiven Äusserungen der Beschwerdeführerin abgestellt hätten. Die Beschwerdeführerin habe kritisiert, der Gutachter habe sich nicht mit der seit Anbeginn vorliegenden Zitterigkeit (Tremor) auseinandergesetzt. Wären Anzeichen für einen pathologischen Tremor vorhanden gewesen, hätten die Ärzte (Behandler, Gutachter, RAD) die Beschwerdeführerin abgeklärt. Eine objektive Grundlage für einen psychogenen Tremor sei nicht vorhanden gewesen. Die Beschwerdeführerin hielt in der Replik vom 18. Mai 2018 (act. G 12) an den Ausführungen in der Beschwerde fest. Sie reichte eine Stellungnahme von J.____, Psychologin FSP, vom 15. Januar 2018 betreffend eine neuropsychologische Abklärung vom 16. August 2016 und einen Bericht von Dr. med. K.____, Neurologie FMH, vom 22. Dezember 2017 betreffend eine Abklärung des Tremors ein. Die Beschwerdeführerin machte geltend, die Ergebnisse der neuropsychologischen Testung hätten vom Gutachter zwingend in den Gesamtkontext gestellt und darauf geprüft werden müssen, ob sie Ausdruck einer Persönlichkeitsstörung seien. Des Weiteren zeige der Bericht von Dr. K.____ klar, dass aufgrund eines stressbedingten Tremors neurologisch von einer erheblich reduzierten Arbeitsfähigkeit auszugehen sei, was sich natürlich auch auf die kognitiven Fähigkeiten auswirke. Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 1. Juni 2018 auf eine Duplik (act. G 14). Am 29. November 2018 reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht von Dr. med. Dr. phil. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 22. November 2018 ein (act. G 16). Sie machte geltend, aufgrund der organischen Befunde sei klar, dass das Gutachten von Prof. F.____ und G.____ gravierende Mängel aufweise. Dr. Dr. L.____ hatte ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe sich erstmals im September 2018 in seiner Behandlung vorgestellt. Seit dem 1. Oktober 2018 habe er eine vollständige

Arbeitsunfähigkeit attestiert. Klinisch habe ein Verdacht auf eine organisch bedingte psychische Störung bestanden. Zur weiteren differentialdiagnostischen Abklärung sei im Y.____ eine eingehende neurologische und neuropsychologische Untersuchung erfolgt. Am 29. Oktober 2018 sei eine kernspintomographische Untersuchung des Gehirns durchgeführt worden. Dieses bildgebende Verfahren habe eine generalisierte Parenchymatrophie mit erweiterten Sulci betont rechts parietal und volumenverminderte Gyri (krankheitsbedingter Schwund von Hirngewebe, diffuse Atrophie betont im Bereich des Scheitelbeins) gezeigt. Das Foramen Magendii sei deutlich erweitert gewesen. Ferner hätten sich multiple zerebelläre Zysten (Hohlräume und Kammern im Kleinhirn) sowie eine Atrophie des Vermis cerebelli (sog. Kleinhirnwurm) gezeigt. Am 9. November 2018 sei ergänzend eine Positronen-Emissions-Tomographie/Computertomographie durchgeführt worden. Diese habe ebenfalls einen pathologischen Befund mit einem stellenweise verminderten Glukosemetabolismus bei einer asymmetrischen Erweiterung der Sulci (Hirnfunktion) ergeben. Am 29. Oktober 2018 sei zudem eine neuropsychologische Leistungsdiagnostik durchgeführt worden, mit der eine mittelgradige neuropsychologische Störung mit vordergründigen Einschränkungen im attentionalen Bereich habe nachgewiesen werden können. Ferner hätten sich bis mittelgradige Minderleistungen der exekutiven Funktionen nachweisen lassen. Darüber hinaus hätten sich im mnestischen Bereich eine bis mittelgradig verminderte Wiedererkennungleistung und im Bereich der Sprache eine stark verminderte kategoriale Wortflüssigkeit gezeigt. Ausserdem hätten Beeinträchtigungen der Affektivität und der Verhaltensregulation sowie des Antriebes und der psychophysischen Belastbarkeit bestanden. In der Gesamtschau könne eine neurodegenerative Grunderkrankung (am ehesten dementielle Entwicklung) nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Insgesamt habe in den Untersuchungen ein seit mindestens drei Jahren bestehender kognitiver Abbau mit psychiatrischen Auffälligkeiten bei deutlicher Alltagsrelevanz herausgearbeitet werden können. Am 9. Mai 2019 machte die Beschwerdeführerin unter Bezugnahme auf einen Entscheid des Versicherungsgerichts vom 9. Januar 2019 geltend (act. G 19), Prof. F.____ sei wirtschaftlich von der Beschwerdegegnerin abhängig. Angesichts der in der Beschwerde vom 13. September 2017 und in der Replik vom 18. Mai 2018 vorgebrachten Mängel am Gutachten bestünden nicht bloss die für eine Entkräftung eines RAD-Berichts erforderlichen geringen Zweifel, sondern vielmehr grosse Zweifel an der Zuverlässigkeit der Expertise von Prof. F.____. Erwägungen Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 13. Juli 2017 einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin bei einem IV-Grad von 0% verneint. Strittig ist somit, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Gemäss

Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Um das zumutbare Invalideneinkommen ermitteln zu können, muss der verbliebene Arbeitsfähigkeitsgrad der Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Die Beschwerdegegnerin hat dazu Prof. F.____ mit der Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens inklusive einer neuropsychologischen Untersuchung beauftragt. Im Gutachten vom 25. Juli 2016 / 17. August 2016 hat Prof. F.____ angegeben, es bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Diese Arbeitsfähigkeitsschätzung gelte seit der Antragstellung und anhaltend. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob dieses Gutachten die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt. Ein Gutachten hat vollen Beweiswert, wenn es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 125 V 352, E. 3a). Notwendig ist zudem, dass der psychiatrische Gutachter die vom Bundesgericht in Bezug auf anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden aufgestellten und später auf alle psychischen Erkrankungen, insbesondere auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen, anwendbar erklärten Standardindikatoren berücksichtigt hat (vgl. BGE 141 V 281; 143 V 409 und 143 V 418). Der psychiatrische Gutachter Prof. F.____ und die neuropsychologische Expertin G.____ haben die Beschwerdeführerin persönlich untersucht und ihre subjektiven Klagen aufgenommen. Sie haben die objektiven klinischen Befunde wiedergegeben, umfassende Kenntnis von den Vorakten gehabt und diese gewürdigt. Gestützt auf ihre Befunde haben sie die Diagnosen gestellt bzw. eine Beurteilung abgegeben. Prof. F.____ hat seine von den behandelnden Ärzten abweichende Beurteilung begründet (vgl. auch seine ergänzende Stellungnahme vom 16. Februar 2017). Insbesondere hat er aufgezeigt, dass er in der Untersuchung keine Anzeichen für eine depressiv affektive Symptomatik feststellen können und somit von einer Remission der depressiven Symptomatik ausgegangen sei. Er hat notiert, dass eine erhebliche Diskrepanz zwischen den objektiv zu erhebenden Psychopathologika und den subjektiven Wahrnehmungen der Beschwerdeführerin bestanden habe. Die von der Beschwerdeführerin beklagten neurokognitiven Symptome seien neuropsychologisch nicht objektivierbar gewesen. G.____ hat die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchungen als nicht valide eingeschätzt und angegeben, diese hätten auf eine bewusstseinsnahe Selbstlimitierung bei angestrebtem Krankheitsgewinn hingewiesen. Prof. F.____ hat des Weiteren auf die erheblichen Ressourcen der Beschwerdeführerin (überdurchschnittliche Intelligenz, gute Berufsausbildung, grosse Berufserfahrung) hingewiesen und festgehalten, diese seien bei Weitem nicht ausgeschöpft worden. Er hat erklärt, die Beschwerdeführerin habe sich infolge der narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung in die Kranken- und Opferrolle begeben. Die Fähigkeiten und persönlichen Ressourcen sollten es ihr jedoch ermöglichen, sich aus dieser Rolle zu befreien und die subjektiv erlittene Kränkung zu überwinden. Gestützt darauf hat er eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestiert und

zwar seit der Antragstellung und auch anhaltend. Prof. F.____ hat sich also mit den Standardindikatoren auseinandergesetzt und sich insbesondere zu den Ressourcen der Beschwerdeführerin und zur Konsistenz geäußert. Ob die Einwände der Beschwerdeführerin leichte Zweifel an der Zuverlässigkeit der Expertise im Sinne der Erwägung 2.2 des Entscheids des Versicherungsgerichts St. Gallen vom 9. Januar 2019 (IV 2018/181) wecken, kann angesichts der nachfolgenden Erwägung offengelassen werden. Die Beschwerdeführerin hat einen Bericht von Dr. Dr. L.____ vom 22. November 2018 eingereicht. Aus diesem Bericht ist ersichtlich, dass bildgebende Untersuchungen des Gehirns der Beschwerdeführerin vom 29. Oktober 2018 und 9. November 2018 im Y.____ einen pathologischen Befund ergeben haben. Zudem hat eine am 29. Oktober 2018 durchgeführte neuropsychologische Leistungsdiagnostik eine mittelgradige neuropsychologische Störung ergeben. Dr. Dr. L.____ hat angegeben, in der Gesamtschau habe eine neurodegenerative Grunderkrankung (am ehesten eine dementielle Entwicklung) nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden können. Insgesamt habe in den Untersuchungen ein seit mindestens drei Jahren bestehender kognitiver Abbau mit psychiatrischen Auffälligkeiten bei deutlicher Alltagsrelevanz herausgearbeitet werden können. Dieser Bericht zeigt auf, dass der medizinische Sachverhalt im Rahmen der Begutachtung nicht vollständig erhoben worden ist. Abklärungen, ob die von der Beschwerdeführerin beklagten Symptome wie eine erhöhte Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen und eine rasche Ermüdbarkeit eine organische Ursache haben, sind nämlich nicht erfolgt. Möglicherweise liegen pathologische Hirnveränderungen, die einen Einfluss auf die kognitiven Fähigkeiten und damit auch auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin haben, vor. Ob die von G.____ als nicht valide eingestuft Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung ihre Ursache in einer bewusstseinsnahen Selbstlimitierung der Beschwerdeführerin haben, ist angesichts dieser neuen Erkenntnisse fraglich. Damit kann das Gutachten vom 25. Juli 2016 / 17. August 2016 keinen ausreichenden Beweiswert haben. Die Beschwerdegegnerin hat damit den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) verletzt. Die Angelegenheit ist deshalb zur weiteren Abklärung des medizinischen Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Es ist der Beschwerdegegnerin überlassen, auf welche Weise sie den medizinischen Sachverhalt abklärt. Nach der Auffassung des Bundesgerichts ist die Rückweisung an die Beschwerdegegnerin in diesem Fall zulässig (vgl. BGE 137 V 264, E. 4.4.1.4, wonach eine Sache zurückgewiesen werden kann, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 15. November 2019, 8C_525/2019, E. 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 zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Praxisgemäss ist die Rückweisung an die Verwaltung zur weiteren Abklärung als volles Obsiegen der Beschwerdeführerin zu werten (vgl. BGE 132 V 235, E. 6.1). Dementsprechend ist die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Auch hier gilt, dass eine Rückweisung zur weiteren Abklärung als volles Obsiegen der Beschwerdeführerin zu betrachten ist. Die Parteienschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61

lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat beantragt, in Anwendung von Art. 29 der Honorarordnung sei zusätzlich zum Honorar die Mehrwertsteuer zu entschädigen. Er hat keine Honorarnote eingereicht. In einem durchschnittlich aufwändigen IV-Rentenfall wie dem vorliegenden spricht das Versicherungsgericht praxisgemäss eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu, mit der auch der Mehrwertsteueraufwand abgegolten ist. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer deshalb mit Fr. 3'500.-- inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer zu entschädigen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 13. Juli 2017 aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung und anschliessenden Neuverfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.