

# SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/307 vom 4. Oktober 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-10-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2018\\_307](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_307)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/307 du 4 octobre 2021

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/307 del 4 ottobre 2021

## Regeste

Art. 28 und 29 Abs. 1 IVG; Art. 61 ATSG. Nachdem das beweiskräftige Gerichtsgutachten eine Arbeitsfähigkeit von 50 % sowohl in angestammter wie auch in anderen adaptierten Tätigkeiten attestierte, die Beschwerdeführerin als voll erwerbstätig zu qualifizieren ist und ein Prozentvergleich vorgenommen werden kann, hat sie Anspruch auf eine halbe Invalidenrente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. Oktober 2021, IV 2018/307).

## Volltext

Entscheid vom 4. Oktober 2021 Besetzung Versicherungsrichter Joachim Huber (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Karin Kobelt Geschäftsnr. IV 2018/307 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Nadeshna Ley, Blumenbergplatz 1, Postfach 1126, 9001 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) meldete sich am 10. Dezember 2013 unter Hinweis auf seit April 2000 bestehende Angstzustände und Depressionen mit versuchtem Suizid bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 2-5). Kurz nach dem erwähnten Beginn des Gesundheitsschadens hatte sie am 1. Juli 2000 eine Stelle als Sekretärin bei der X.\_\_\_\_ angetreten, welche sie bis Ende Mai 2007 ausgeübt hatte (IV-act. 6-3). Zuletzt hatte sie ihren Angaben in der IV-Anmeldung zufolge vom 1. März 2010 bis 31. Oktober 2011 mit 40%- und vom 1. November 2011 bis 31. Mai 2012 mit 30%igem Arbeitspensum als Sachbearbeiterin für die B.\_\_\_\_ AG gearbeitet (IV-act. 2-5; vgl. auch Fragebogen für Arbeitgebende in IV-act. 16-2) und anschliessend vom 1. Juni 2012 bis 18. Dezember 2013 im Umfang von 50 % Arbeitslosenentschädigung bezogen (IV-act. 2-4; vgl. auch Fragebogen zur Arbeitslosigkeit in IV-act. 12-2). Während dieser Zeit absolvierte sie vom 4. März bis 30. August 2013 beim C.\_\_\_\_ ein Einsatzprogramm (IV-act. 25-5) und im Anschluss bis 11. Dezember 2013 beim D.\_\_\_\_ (IV-act- 25-4). Hinsichtlich ihrer medizinischen Betreuung erklärte sie, seit 2009 bei Dr. med. E.\_\_\_\_ in hausärztlicher und von 2009 bis 2011 bei Dr. med. F.\_\_\_\_ sowie ab 2011 bei dessen Praxisnachfolger Dr. med. G.\_\_\_\_ in psychiatrischer Behandlung zu stehen bzw. gestanden zu haben (IV-act. 2-6; vgl. auch IV-act. 34-2). Der IV-Anmeldung war ein durch Dr. G.\_\_\_\_ ausgestelltes Zeugnis vom 23. Oktober 2013 über eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % für die Zeit vom 6. Februar 2012 bis 23. Oktober 2013 beigelegt (IV-act. 7). Dr. G.\_\_\_\_ nannte mit Ärztlichem Bericht zur Eingliederung vom 20. Januar 2014 die Diagnosen Angst und depressive Störung gemischt, Persönlichkeitsakzentuierung mit selbstunsicheren und abhängigen Zügen sowie ADHS mit Beginn in der Kindheit und erklärte, die Versicherte

könnte leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten, Büroarbeit, Aushilfsarbeiten für ca. 4 bis 6 Stunden pro Tag bewältigen. Die Arbeitsfähigkeit werde durch mangelndes Selbstvertrauen, reduzierte Konzentrationsfähigkeit, Belastbarkeit, Ausdauer sowie wiederholte negative Erfahrungen bei der Stellensuche beeinträchtigt (IV-act. 17-1). Der Hausarzt Dr. E.\_\_\_\_ nannte am 13. März 2014 als Diagnosen eine depressive Erkrankung sowie ADHS und verwies im Übrigen auf Dr. G.\_\_\_\_ (IV-act. 24). Am 14. März 2014 fand ein Gespräch zwischen der Versicherten und einer Eingliederungsverantwortlichen der IV statt (vgl. Assessmentprotokoll in IV-act. 31). Dabei erklärte die Versicherte, dass sie seit Januar 2014 über das Sozialamt für das H.\_\_\_\_ in einem 50 %-Pensum tätig sei. Vor der Auswanderung nach I.\_\_\_\_, wo sie ihren Angaben zufolge von Oktober 200\_ bis April 200\_ gelebt hatte (IV-act. 2-3), habe sie immer 100 % gearbeitet (IV-act. 31-2 f.). Sie würde gerne wieder im Bürobereich arbeiten, nicht im Verkauf. Die Eingliederungsverantwortliche schätzte die Versicherte als motiviert zu arbeiten ein, wobei die Versicherte ihre Grenze bei 50 % sehe (IV-act. 31-3). Dr. G.\_\_\_\_ erklärte mit am 14. Mai 2014 bei der IV-Stelle eingegangenem Verlaufsbericht, die Versicherte könnte in einfachen, adaptierten Tätigkeiten 4 Stunden am Tag 100 % Leistung erbringen (IV-act. 34-4). Die 50%ige Arbeitsfähigkeit bestehe seit dem 24. Oktober 2013. Als ärztlichen Befund nannte er Aufmerksamkeits- und Konzentrationsprobleme, reduzierte psychophysische Belastbarkeit und Ausdauer, rezidivierende depressive Einbrüche mit Antriebslosigkeit sowie soziale Ängste (IV-act. 34-3). Im Mai/Juni 2014 unterzeichneten die Versicherte, die IV-Stelle und die J.\_\_\_\_ AG einen Eingliederungsplan Arbeitsvermittlung für 6 Monate mit dem Ziel einer Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt (IV-act. 37). Am 4. Juli 2014 erliess die IV-Stelle die entsprechende Mitteilung (IV-act. 39). Die J.\_\_\_\_ AG versuchte die Versicherte auf Stellen in der Sachbearbeitung oder im Verkauf zu vermitteln (vgl. Bewerbungsprotokoll in IV-act. 48) und es wurde eine Weiterbildung zur Pflegehelferin thematisiert (vgl. Verlaufsprotokoll in IV-act. 50-4 ff.). Im Januar 2015 kamen die für die Versicherte zuständigen Personen bei der J.\_\_\_\_ AG zum Schluss, dass diese sich in den bestehenden Strukturen (Tätigkeit im geschützten Rahmen beim Y.\_\_\_\_, Betreuung durch J.\_\_\_\_ AG) so eingerichtet habe, dass sie eigentlich gar keine Veränderung möchte (IV-act. 50-6 f., Einträge vom 20. Januar und vom 26. Januar 2015). Im Verlauf wurde eine Tätigkeit für die Versicherte gefunden als Hilfspflegerin mit 50 - 60%igem Pensum. Die Umsetzung verzögerte sich jedoch wegen einer Krankschreibung auf unbestimmte Zeit. Die J.\_\_\_\_ AG zog den Schluss, dass die Versicherte ihrer Mitwirkungspflicht mit gutem Einsatz nachgekommen sei, konkrete und langfristige Änderungen jedoch noch nicht umsetzen könne oder wolle (IV-act. 50-11, Eintrag vom 25. Februar 2015). Vor diesem Hintergrund schloss die IV-Eingliederungsverantwortliche den Fall ab (IV-act. 51-5). Dr. G.\_\_\_\_ erklärte am 12. Juni 2015, die Diagnosen seien unverändert (IV-act. 56-5). Die Versicherte habe sich von der J.\_\_\_\_ AG zunehmend unter Druck gesetzt gefühlt, eine Tätigkeit als Hilfspflegerin anzunehmen, welche ihr absolut nicht zusage. Schliesslich habe sie diesem Druck nicht mehr Stand gehalten und depressiv dekompenziert, was eine vollständige Krankschreibung und für die Zeit von Januar bis März 2015 die Erhöhung der Frequenz der psychotherapeutischen Sitzungen auf einmal pro Woche erfordert habe (IV-act. 56-6). Versagensängste würden die persönlichkeitsbedingte Unsicherheit verstärken und mittelfristig zu körperlichen Symptomen führen, welche immer wieder Arbeitsausfälle nach sich zögen (IV-act. 56-7). Die Versicherte könnte mit einem 50 %-Pensum auf dem 2. Arbeitsmarkt die volle Leistung erbringen (IV-act. 56-8). Ein niederschwelliges Beschäftigungsprogramm zur Selbstwertsteigerung wäre sehr sinnvoll (IV-act. 56-6). Mit

Mitteilung vom 28. August 2015 verneinte die IV-Stelle einen Anspruch der Versicherten auf weitere berufliche Massnahmen (IV-act. 61). Auf Nachfrage der IV-Stelle erklärte die Versicherte mit E-Mail vom 15. September 2015, wenn sie gesund wäre, würde sie ein Arbeitspensum von 100 % erfüllen (IV-act. 63). Vom 15. Oktober 2015 bis 22. Januar 2016 war die Versicherte in der Psychiatrischen Klinik K.\_\_\_\_ hospitalisiert. Der Eintritt erfolgte auf Veranlassung des behandelnden Psychiaters, nachdem die Versicherte nach Entfernung der Gebärmutter im März 2015 30 von 90 Kilogramm abgenommen hatte (IV-act. 68-1). Dem Austrittsbericht vom 5. Februar 2016 ist die Diagnose rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom vor dem Hintergrund einer dependenten-unsicheren Persönlichkeitsstörung, zu entnehmen (IV-act. 68-1). Die Arbeitsfähigkeit bei Austritt wurde von den berichtenden Ärzten mit 0 % beziffert (IV-act. 68-4). Vom 8. Februar bis 6. Mai 2016 stand die Versicherte in Behandlung in der Psychiatrischen Tagesklinik L.\_\_\_\_ und war in ein multimodales Programm mit regelmässigen ärztlichen und bezugspflegerischen Gesprächen eingebunden. Mit Bericht vom 3. Mai 2016 erklärten die dort für die Versicherte zuständigen Ärzte, aktuell zeige sich eine leichte Verbesserung der depressiven Symptomatik (IV-act. 80-1). Es bestehe weiterhin eine mangelnde Belastbarkeit mit schneller Überforderung mit Insuffizienzgefühlen, Leistungsminderung sowie eine leichte kognitive Störung in Form von Konzentrations-, Auffassungs- und Gedächtnisstörungen. Diese Symptomatik sei während des Aufenthalts bemerkbar gewesen. Zu diesem Zeitpunkt erscheine eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit auf dem 1. Arbeitsmarkt aufgrund der psychopathologischen Beschwerden, des Therapieverlaufs und der Krankheitsanamnese unwahrscheinlich. Es werde eine schrittweise Integration in geschütztem Rahmen mit anfänglich ca. 3 bis 4 Stunden pro Tag empfohlen (IV-act. 80-4). Dies bei der Diagnose rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode ohne somatisches Syndrom (IV-act. 80-1). Mit Austrittsbericht vom 12. Juli 2016 wurde der Versicherten eine 20%ige Arbeitsfähigkeit auf dem 2. Arbeitsmarkt attestiert (IV-act. 84-50). Am 2., 4. und 5. August 2016 wurde die Versicherte im Auftrag der IV-Stelle (vgl. IV-act. 79 sowie 81) im BEGAZ Begutachtungszentrum BL (nachfolgend: BEGAZ) in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie und Neuropsychologie abgeklärt (IV-act. 84-4). Dem Gutachten vom 12. August 2016 sind die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, aktuell remittiert, Verdacht auf Persönlichkeitsstörung mit unsicheren und dependenten Zügen sowie leichte bis mittelschwere kognitive Funktionsstörung zu entnehmen (IV-act. 84-43). Es könne angenommen werden, dass durch die zwischenzeitliche Besserung ab Untersuchungsdatum wieder eine teilweise Arbeitsfähigkeit von 50 % für einfach strukturierte Tätigkeiten ohne Übernahme von Verantwortung möglich sein sollte. Aufgrund der angegebenen Ängste und der Unsicherheit sei die Versicherte noch nicht voll belastbar und benötige Erholungsphasen. Auch sei zu berücksichtigen, dass die Versicherte schon mehrjährig keiner regelmässigen Arbeit mehr nachgehe und entwöhnt sei. Es sei deshalb zuerst ein Arbeitstraining notwendig. In der Besorgung des Haushaltes bestehe keine Einschränkung (IV-act. 84-46). Am 11. August 2016 wurde die Versicherte mit einer Medikamentenintoxikation in suizidaler Absicht notfallmässig ins Kantonsspital St. Gallen (KSSG) eingeliefert (IV-act. 105-1 f.). Am 12. August 2016 wurde sie fürsorglicherisch in der Psychiatrischen Klinik K.\_\_\_\_ untergebracht, wo sie im Anschluss bis 13. September 2016 hospitalisiert war (IV-act. 89, 105-2). Dem Austrittsbericht vom 26. September 2016 ist die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode: mit somatischem Syndrom vor dem Hintergrund einer dependenten-unsicheren

Persönlichkeitsstörung, zu entnehmen (IV-act. 89-1). Beim Austritt wurden leichte Konzentrationsstörungen, eine normale Schwingungsfähigkeit, ein als leicht ratlos zum depressiven Pol hin verschobener Affekt und ein leicht reduzierter Antrieb beschrieben (IV-act. 89-3). Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) hatte zwischenzeitlich am 18. August 2016 zum Gutachten des BEGAZ Stellung genommen und erklärt, das Gesamtgutachten und insbesondere das psychiatrische Teilgutachten würden Mängel aufweisen. In der vorliegenden Form könne aus versicherungsmedizinischer Sicht eine auf dieses Gutachten gestützte Leistungsentscheidung nicht empfohlen werden (IV-act. 86-3 f.). Am 14. Oktober 2016 ersuchte die IV-Stelle das BEGAZ um Stellungnahme (IV-act. 92), welche am 26. Oktober 2016 erstattet wurde. Darin wurde festgehalten, dass die Versicherte mittlerweile einen jahrelangen Verlauf mit wiederholten intensiven Behandlungsmassnahmen und erneutem Versuch einer Arbeit aufweise, was regelmässig misslungen sei, da sie teilweise mit depressiven Zuständen reagiert habe. Zudem weise sie neurokognitive Beeinträchtigungen auf. Aufgrund dieser Erfahrungen und der Gefahr, dass sie erneut depressiv dekomensieren könnte, sei anzunehmen, dass zurzeit keine höhere Arbeitsfähigkeit als 50 % vorliege (IV-act. 93-1 f.). Hierzu nahm RAD-Arzt Dr. M.\_\_\_\_ am 15. November 2016 Stellung. Er erachtete die Begründung der Arbeitsfähigkeit noch immer als ungenügend und empfahl die Einholung eines psychiatrischen Gutachtens (IV-act. 96). Am 31. Januar 2017 beauftragte die IV-Stelle Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit der Begutachtung der Versicherten (IV-act. 99). Am 20. Februar 2017 berichteten die zuständigen Ärzte der Klinik O.\_\_\_\_ über einen stationären Aufenthalt der Versicherten vom 14. Dezember 2016 bis 24. Januar 2017. Sie nannten die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, kombinierte und andere Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und abhängigen Anteilen, einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung sowie atypische Anorexia nervosa (IV-act. 103-1). Die Arbeitsfähigkeit betrage 0 % für jegliche Form von Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt, auch längerfristig. Lediglich eine geschützte Beschäftigung sei zumutbar und auch sinnvoll. Die Versicherte habe die stationäre Behandlung wegen verstärkter depressiver Symptomatik und latenter Suizidalität aufgenommen. Sie habe über Kraft- und Energielosigkeit geklagt, auch habe selbstverletzendes Verhalten vorgelegen (IV-act. 103-2). Die Psychopathologie bei Austritt wurde unter anderem mit leichten Konzentrationsstörungen, leicht reduziertem Antrieb, deprimierter Grundstimmung und vermehrter innerer Unruhe beschrieben (IV-act. 103-3). Am 15. Mai 2017 wurde die Versicherte von Dr. N.\_\_\_\_ und in dessen Auftrag am 10. Juli 2017 von Dipl.-Psych. Dipl.-Inf.-Wiss. P.\_\_\_\_, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, untersucht (IV-act. 108 und 111). Dem neuropsychologischen Teilgutachten vom 12. Juli 2017 ist zu entnehmen, dass aus neuropsychologischer Sicht mittelschwere bis schwere kognitive Funktionsbeeinträchtigungen in den Bereichen Aufmerksamkeit und Konzentration, Lernen und Gedächtnis des figuralen Lernens, der Exekutivfunktionen und der visuellen Wahrnehmung bestünden. Die neuropsychologischen Leistungen seien zum gegenwärtigen Zeitpunkt mittelschwer bis schwer beeinträchtigt (IV-act. 111-12). Aufgrund der festgestellten neuropsychologischen Störung ergebe sich ein Grad der Arbeitsunfähigkeit von 80 %. Es könnten nur noch sehr einfache Arbeiten unter intensiver Supervision ausgeführt werden. Die Versicherte falle in ihrem sozialen Umfeld deutlich auf. Einfache Tätigkeiten seien unter Umständen in einer geschützten Werkstatt noch möglich (IV-act. 111-13). Die Testleistungen könnten als valide betrachtet werden, da keine Hinweise auf

eine bewusstseinsferne Verdeutlichungstendenz, auf eine bewusstseinsnahe Aggravation oder auf eine Simulation hätten festgestellt werden können (IV-act. 111-11). Aufgrund dieses neuropsychologischen Gutachtens leitete Dr. N.\_\_\_\_ eine Demenzabklärung über den Hausarzt der Versicherten ein (IV-act. 112). Ein MR des Schädels vom 17. August 2017 zeigte gemäss Dr. med. Q.\_\_\_\_, Radiologie, im Vergleich zur Voruntersuchung vom 10. August 2010 keine wesentliche morphologische Befundänderung sowie: "Keine progrediente Atrophie, kein Anhalt eines primären neurodegenerativen Prozesses, keine signifikante vaskuläre Enzephalopathie, keine intrazerebrale Raumforderung, keine Hirndruckzeichen. Schädeldysplasieaspekt. Dezentriertes Kleinhirntonsillientiefstand. Keine Liquorzirkulationsstörung" (IV-act. 114). Am 8. Januar 2018 wurde die Versicherte in der Memory Clinic der Geriatriischen Klinik R.\_\_\_\_ abgeklärt (IV-act. 128-1). Dem Bericht vom 23. Januar 2018 ist zu entnehmen, dass sich im Rahmen der Anamneseerhebung und der neuropsychologischen Testung vereinzelt Auffälligkeiten gezeigt hätten, primär in der Aufmerksamkeitsfunktion. Im Gespräch hätten sich Hinweise für eine depressive Verstimmung manifestiert, welche durch eine erhöhte Punktzahl in der Depressionsskala habe bestätigt werden können. Die Auffälligkeiten seien am ehesten im Rahmen der Depression und des ADHS zu werten (IV-act. 128-3). Nachdem Dr. N.\_\_\_\_ die Versicherte am 13. Februar 2018 erneut untersucht hatte, erstattete er am 24. Mai 2018 sein psychiatrisches Gutachten (IV-act. 137). Diesem sind keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen. Solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert, sowie eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (IV-act. 137-88). Aufgrund der Letzteren würden Einschränkungen der Aufmerksamkeit bestehen, diese hätten aber nie zu gravierenden Einschränkungen der Leistungsfähigkeit geführt. Vorübergehend sei die Problematik durch die rezidivierende depressive Störung akzentuiert gewesen, es fänden sich aber keine Hinweise dafür, dass längere Zeit eine zumindest mittelgradige depressive Episode bestanden habe (IV-act. 137-88 f.). Bei der Diskussion der Vorakten erklärte Dr. N.\_\_\_\_, es falle auf, dass erst nach dem Abbruch von Eingliederungsmassnahmen, die im Wesentlichen an der subjektiven Einschätzung der Versicherten gescheitert seien, eine sehr viel gravierendere psychiatrische Erkrankung diagnostiziert und eine anhaltend 100%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet worden sei. Dies sei so nicht plausibel, weil dies mit zwei Störungen begründet werde, die per Definition seit der Kindheit oder dem jungen Erwachsenenalter anhaltend beständen. Im Vorgutachten werde mit einer remittierten rezidivierenden depressiven Störung und dem Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet, was sicherlich nicht plausibel sei. Mit einer Verdachtsdiagnose lasse sich formal keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen und mit einer rezidivierenden depressiven Störung, die remittiert sei, lasse sich eine gravierende Einschränkung ebenfalls nicht begründen. Es bestehe bei dieser Störung grundsätzlich die Gefahr, dass auch in Zukunft eine depressive Episode auftrete, man könne insgesamt von einer etwas verminderten emotionalen Belastbarkeit ausgehen. In den Tätigkeiten, welche für die Versicherte in Frage kommen würden, lasse sich aber damit eine Einschränkung nicht begründen (IV-act. 137-91). Die rezidivierende depressive Störung sei remittiert, die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung sei nie so stark ausgeprägt gewesen, dass sich damit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen lasse. Deshalb könne medizinisch-theoretisch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit insgesamt nicht begründet werden. Abgesehen von den Klinikaufenthalten, während denen eine 100%ige

Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, sei dies auch früher nicht der Fall gewesen (IV-act. 137-92 f.). Dieses Gutachten wurde am 1. Juni 2018 von RAD-Arzt Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, als beweismässig qualifiziert (IV-act. 138). Mit Vorbescheid vom 5. Juni 2018 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie bei einem Invaliditätsgrad von 0 % (Erwerbstätigkeit 50 %, Haushalt 50 %, je keine Einschränkung) keinen Anspruch auf eine Invalidenrente habe (IV-act. 141). Am 11. Juli 2018 erhob Rechtsanwältin lic. iur. N. Ley, St. Gallen, als Rechtsvertreterin der Versicherten Einwand gegen den Vorbescheid (IV-act. 145). Zu diesem Einwand nahm RAD-Arzt Dr. S.\_\_\_\_ am 13. Juli 2018 Stellung (IV-act. 146). Am 16. Juli 2018 verfügte die IV-Stelle entsprechend dem Vorbescheid die Abweisung des Rentenbegehrens (IV-act. 147). Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegend zu beurteilende Beschwerde vom 14. September 2018, mit welcher die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwältin Ley, unter Kosten- und Entschädigungsfolge die Zusprache einer Invalidenrente beantragte. Gleichzeitig ersuchte sie darum, ihr die unentgeltliche Rechtspflege und -verbeiständung zu gewähren (act. G1). Am 29. Oktober 2018 reichte Rechtsanwältin Ley einen ausführlichen Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 16. Oktober 2018 zu den Akten (act. G 6 und G 6.2). Darin stellte der Psychiater die Diagnosen einer selbstunsicheren und dependenten Persönlichkeitsstörung sowie einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (act. G6.2 S. 2). Am 7. November 2018 erstattete die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) ihre Beschwerdeantwort und beantragte Abweisung der Beschwerde (act. G8). Gleichzeitig reichte sie eine Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. S.\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2018 zum Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 16. Oktober 2018 ein (act. G8.1). Am 16. November 2018 wurde der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege gewährt (act. G9). Mit Replik vom 4. März 2019 hielt die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest (act. G15). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 27. März 2019 auf die Einreichung einer Duplik (act. G17). Am 26. November 2020 teilte das Gericht den Parteien mit, dass es ein Gerichtsgutachten als notwendig erachte (act. G20). Nachdem die Parteien Gelegenheit zur Stellungnahme hatten (act. G21 f.), erteilte das Gericht der Psychiatrie T.\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_, am 9. Dezember 2020 den Begutachtungsauftrag (act. G23). Mit Gutachten vom 26. Mai 2021 nannte Dr. med. univ. U.\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_, als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung. Ohne dauerhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert. Aufgrund der psychopathologischen Auffälligkeiten im Rahmen der Persönlichkeitsstörung sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % bezogen auf eine 100 %-Stelle sowohl für die Tätigkeit als Verkäuferin als auch als Sekretärin auszugehen. Eine tägliche Arbeitszeit von bis zu 4 bis 5 Stunden sollte aus psychiatrischer Sicht möglich sein, wobei auf ausreichend Pausen geachtet werden sollte (act. G27 S. 106). Bezüglich eines optimalen Arbeitsplatzes wären unter anderem Routinearbeiten in einem kleinen Team mit flachen Hierarchien, eine gewisse Entscheidungsfreiheit, kein Zeitdruck, die Möglichkeit einer flexiblen Zeiteinteilung, abwechselnde Tätigkeiten, um eine Monotonie zu vermeiden, zugleich kognitiv nicht zu komplexe Aufgaben, Rückzugsmöglichkeiten sowie die Möglichkeit, zwischendurch kurze Pausen einzulegen, wichtig (act. G27 S. 108). Am 1. Juni 2021 stellte das Gericht den Parteien das Z.\_\_\_\_-Gutachten inkl. den vom Gutachter eingeholten Unterlagen zu und gab ihnen Gelegenheit zur Stellungnahme (act. G28). Die Beschwerdegegnerin äusserte sich am 15. Juni 2021 dahingehend, dass RAD-Arzt Dr. S.\_\_\_\_ mit Stellungnahme vom 10. Juni 2021 äusserst fundiert und überzeugend begründe,

wieso die von der Z.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung und auch die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % nicht nachvollziehbar seien (act. G33 und G33.1). Am 30. Juni 2021 gewährte das Gericht Rechtsanwältin Ley Frist zur Stellungnahme zur Eingabe der Beschwerdegegnerin (act. G34). Die Stellungnahme datiert vom 14. Juli 2021 und lautet dahingehend, dass einzig Dr. N.\_\_\_\_ der Meinung sei, bei der Beschwerdeführerin liege keine durch Gesundheitsschädigung bedingte Arbeitsunfähigkeit vor. Die Beschwerdegegnerin bzw. deren RAD verteidige nach wie vor diese einzige von einer ansehnlichen Vielzahl von behandelnden Ärzten und Gutachtenspersonen abweichende Beurteilung (act. G35). Am 20. Juli 2021 ersuchte das Gericht die Z.\_\_\_\_ um Stellungnahme zur RAD-Beurteilung vom 10. Juni 2021 (act. G37). Die Stellungnahme der Z.\_\_\_\_ datiert vom 26. August 2021 (act. G38) und wurde den Parteien am 1. September 2021 zur Kenntnis gebracht (act. G39). Hierzu liessen sich die Parteien mit Eingaben vom 2. September 2021 (act. G40) und vom 14. September 2021 (act. G42) im Sinne ihrer vorherigen Eingaben vernehmen, wobei die Beschwerdegegnerin erneut RAD-Arzt Dr. S.\_\_\_\_ konsultiert hatte (vgl. Stellungnahme vom 7. September 2021 in act. G42.1). Diese Eingaben wurden am 22. September 2021 je der Gegenpartei zur Kenntnis gebracht (act. G43). Erwägungen Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), 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). Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). 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). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Bei der Würdigung der Einschätzungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte ist darüber hinaus der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach solche nicht nur in der Funktion als Hausärzte und Hausärztinnen, sondern auch als spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (Urteil des Bundesgerichts vom 27. September 2017, 8C\_295/2017, E. 6.4.2, mit weiteren Verweisen). Sie stehen in auftragsrechtlichem Verhältnis zur versicherten Person. Da sie sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes (BGE 135 V 470, E. 4.5). Auf Berichte von versicherungsinternen medizinischen Sachverständigen wie dem RAD kann dagegen generell abgestellt werden, sofern nicht Zweifel an deren Überzeugungskraft bestehen, wobei jedoch bereits geringe Zweifel genügen (BGE 135 V 471 E. 4.6). Von einem Administrativgutachten eines versicherungsexternen medizinischen Sachverständigen darf demgegenüber nur abgewichen werden, wenn konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3.b/bb). Und von einem Gerichtsgutachten darf schliesslich nicht ohne zwingende Gründe abgewichen werden (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Art. 43 N 64 mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 16. Juli 2018 (IV-act. 147) auf das psychiatrische Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_ vom 24. Mai 2018 (IV-act. 137) und die RAD-Stellungnahme vom 1. Juni 2018 (IV-act. 138). Daran brachte die Beschwerdeführerin in der Beschwerdeschrift verschiedene Mängel vor und erachtete das Gutachten des BEGAZ vom 12. August 2016 (IV-act. 84) und die Stellungnahme von Dr. G.\_\_\_\_ vom 16. Oktober 2018 (act. G6.2) als massgeblich (act. G1). Da sowohl das BEGAZ-Gutachten als auch jenes von Dr. N.\_\_\_\_ mangelhaft und nicht hinreichend beweiskräftig sind (vgl. nachfolgend E. 3.1 und 3.2) und auch auf die Stellungnahme von Dr. G.\_\_\_\_ nicht abgestellt werden kann (vgl. nachfolgend E. 3.4), wurde ein Gerichtsgutachten bei der Z.\_\_\_\_ eingeholt (vgl. nachfolgend E. 4). Der fehlende Beweiswert des BEGAZ-Gutachtens begründet sich wie folgt: Diesem Gutachten vom 12. August 2016 sind die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, aktuell remittiert, Verdacht auf Persönlichkeitsstörung mit unsicheren und dependenten Zügen sowie leichte bis mittelschwere kognitive Funktionsstörung zu entnehmen (IV-act. 84-43). Die Experten hielten fest, es könne angenommen werden, dass durch die zwischenzeitliche Besserung ab dem Untersuchungsdatum wieder eine teilweise Arbeitsfähigkeit von 50 % für einfach strukturierte Tätigkeiten ohne Übernahme von Verantwortung möglich sein sollte. Aufgrund der angegebenen Ängste und der Unsicherheit sei die Versicherte noch nicht voll belastbar und benötige Erholungsphasen, auch sei zu berücksichtigen, dass sie schon mehrjährig keiner regelmässigen Arbeit nachgehe. Es sei deshalb zuerst ein Arbeitstraining notwendig. In der Haushaltstätigkeit bestehe keine Einschränkung, diese verrichte sie auch selbständig (IV-act. 84-46). Der psychiatrische Gutachter hielt unter dem Titel "Untersuchungsbefunde" fest, die Beschwerdeführerin habe im Verhalten etwas

unsicher gewirkt, doch sei es problemlos möglich gewesen, ein entspanntes Gespräch zu führen und guten affektiven Kontakt aufzunehmen. Die affektive Modulation sei gut erhalten gewesen, ebenfalls die gestische und mimische Mitbeteiligung. Psychomotorisch sei sie unauffällig gewesen. Insgesamt habe der objektivierbare Befund nicht zu den subjektiven Angaben gepasst, indem sich die Beschwerdeführerin als depressiv, kognitiv beeinträchtigt und antriebsarm geschildert habe, was in keiner Weise zum Verhalten gepasst habe (IV-act. 84-19). Bei der Beurteilung erklärte er, in der Untersuchung habe sich eine psychopathologisch praktisch unauffällige Explorandin gefunden, die einzig im Verhalten leicht unsicher gewirkt habe, affektiv und kognitiv sowie psychomotorisch allerdings in keiner Weise beeinträchtigt gewesen sei (IV-act. 84-20). Und unter dem Titel Ausprägung und Schwere der objektiven Befunde hielt er fest, objektiv finde sich eine verunsicherte und leicht ängstliche Explorandin, welche ansonsten psychopathologisch unauffällig sei (IV-act. 84-22). Die hier erwähnte Ängstlichkeit hatte er jedoch seinen Ausführungen im Gutachten zufolge weder bei der Befunderhebung noch bei der Beurteilung beobachtet, was sich negativ auf die Nachvollziehbarkeit seiner Schlussfolgerungen auswirkt. Sodann lässt sein Gutachten von ihm erhobene Befunde vermissen, welche die hälftige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu erklären vermöchten. Auch lässt die Formulierung "aufgrund der angegebenen Ängste und Unsicherheit sei die Beschwerdeführerin noch nicht voll belastbar und benötige Erholungsphasen" bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit darauf schliessen, dass der psychiatrische Gutachter sich wohl auf die Angaben der Beschwerdeführerin und nicht auf die von ihm erhobenen oder den Akten zu entnehmenden Befunde stützte (IV-act. 84-28). Die neuropsychologischen Befunde wurden sodann entsprechend einer leichten bis mittelschweren kognitiven Funktionsstörung festgestellt (IV-act. 84-39). Neuropsychologische Testresultate reichen jedoch allein nicht aus, um Diagnosen zu stellen und die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen. Die entsprechenden Untersuchungsergebnisse sind nach der Rechtsprechung im Rahmen einer gesamthaften Beweiswürdigung nur insoweit bedeutsam, als sie überprüf- und nachvollziehbar sind und sich in die übrigen medizinischen Abklärungsergebnisse schlüssig einfügen (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 7. August 2009, 8C\_261/2009; BGE 119 V 340 E. 2b/bb, vgl. auch Bundesgerichtsurteile vom 14. Oktober 2015, 8C\_444/2015, und vom 8. Juni 2010, 8C\_234/2010). Vorliegend führen die Testresultate jedenfalls nicht dazu, dass die aus neuropsychologischer Warte in Abweichung der psychiatrischerseits erhobenen Befunde bescheinigte Arbeitsunfähigkeit in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einzuleuchten vermöchte. In der Stellungnahme des BEGAZ vom 26. Oktober 2016 wurde die 50%ige Arbeitsunfähigkeit begründet mit den Erfahrungen aus einem jahrelangen Verlauf mit wiederholten intensiven Behandlungsmassnahmen und erneutem Versuch einer Arbeit, was regelmässig misslungen sei, da die Beschwerdeführerin teilweise mit depressiven Zuständen reagiert habe, sowie mit der Gefahr, dass die Beschwerdeführerin erneut depressiv dekomensieren könnte (IV-act. 93-2). Dies weicht von der Begründung im Gutachten ab und vermag die deutliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht zu erklären. Insgesamt vermag dieses Gutachten wie gesagt den beweismässigen Anforderungen nicht zu genügen. Der Beweiswert des Gutachtens von Dr. N.\_\_\_\_ ist sodann aus den folgenden Gründen zu verneinen: Dr. N.\_\_\_\_ vermochte im Gutachten vom 24. Mai 2018 keine Diagnose zu stellen, welche Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat. Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit schrieb er einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert, und einer einfachen

Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung zu (IV-act. 137-88). Die Diskussion und Herleitung der von Dr. N.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen vermag jedoch nicht zu überzeugen. Gemäss sämtlichen Berichten von behandelnden Ärzten und Kliniken steht die Persönlichkeitsakzentuierung/Persönlichkeitsstörung der Beschwerdeführerin im Vordergrund (vgl. vorstehend Sachverhalt). Dass die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erst nach einer langen Beobachtungszeit gestellt wird, ist entgegen der Ansicht von Dr. N.\_\_\_\_ (IV-act. 137-79 ff.) sehr wohl nachvollziehbar (vgl. hierzu nachfolgend Dr. G.\_\_\_\_s Anmerkung). Wie Dr. U.\_\_\_\_ zu Recht bemängelt (vgl. act. G27 S. 112 unten), wird die von Dr. N.\_\_\_\_ gestellte Diagnose der einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung nicht anhand der Kriterien nach ICD-10 begründet, vielmehr erschien ihm die Diagnose "insgesamt doch recht plausibel, sodass ich davon ausgehe, dass die Kriterien einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung überwiegend wahrscheinlich erfüllt sind" (IV-act. 137-83). Die - für einen medizinischen Laien - durchaus denkbare Möglichkeit, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der beruflichen Massnahmen der IV dekompenzierte, wurde von Dr. N.\_\_\_\_ nicht einmal in Erwägung gezogen. Vielmehr erschien es ihm auffällig, dass bei der Beschwerdeführerin nach dem Abbruch von Eingliederungsmassnahmen nun eine sehr viel gravierendere psychiatrische Erkrankung diagnostiziert worden sei (IV-act. 137-91). Dr. N.\_\_\_\_ erkannte also, dass die behandelnden Ärzte im Anschluss an die gescheiterten beruflichen Massnahmen von höheren Arbeitsunfähigkeiten ausgingen, wertete dies jedoch als nicht plausibel, da die nunmehrige höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit "zwei Störungen begründet wird, die per Definition seit der Kindheit oder dem jungen Erwachsenenalter anhaltend bestehen" (IV-act. 137-91). Bei der Diskussion der Diagnosen hielt er jedoch selber fest, dass es unklar sei, ob "die Störung tatsächlich schon in der Kindheit bestanden hat, man kann dies aber auch nicht ausschliessen" (IV-act. 137-83). Mit diesem Widerspruch liegen konkrete Indizien vor, die gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens sprechen (vgl. vorstehend E. 1.4). Dr. G.\_\_\_\_ merkte zum Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_ in nachvollziehbarer Weise an, dass die Diskussion der Aktenlage die Tendenz zeige, die Folgen und Auswirkungen der Erkrankung zu verharmlosen und zu relativieren. Die Diagnosen seien nicht im Kontext der chronologischen Gesamtentwicklung bzw. dem Verlauf zugeordnet, sondern als sich gegenseitig aufhebende Argumente eingesetzt worden (act. G6.2 S. 6 unten). Die zu Anfang der Erkrankung (2007) gestellten Diagnosen (Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung anderer Gefühle, akzentuierte abhängige und selbstunsichere Persönlichkeitszüge, Probleme in der Beziehung zum Ehepartner sowie Probleme mit Berufstätigkeit; IV-act. 26-9) seien durchaus richtig gewesen. Zum damaligen Zeitpunkt hätten keine tieferen Erkenntnisse gewonnen werden können. Die Diagnosen hätten nicht stigmatisierend gewirkt und die positive Prognose in den Vordergrund gestellt (act. G6.2 S. 7 oben). Dr. N.\_\_\_\_s Gutachten lässt sodann jegliche Diskussion und Einordnung der wiederholten Suizidversuche und Selbstverletzungen der Beschwerdeführerin vermissen. Damit wurde aber nicht sämtlichen von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden Rechnung getragen. Dies führt dazu, dass Zweifel an der von Dr. N.\_\_\_\_ attestierten vollständigen Arbeitsfähigkeit aufkommen, welche an keiner Stelle im Gutachten ausgeräumt werden. Die Auseinandersetzung von Dr. N.\_\_\_\_ mit den drei neuropsychologischen Abklärungen mag sodann zwar ausführlich sein (vgl. act. G137-81 ff.), jedoch vermag er keine für einen medizinischen Laien nachvollziehbare Erklärung für die unterschiedlichen Resultate zu liefern. Diese bleiben im Raum stehen und hinterlassen mehr als nur geringe Zweifel an der Einschätzung einer vollständigen Arbeitsfähigkeit durch Dr. N.\_\_\_\_. Auch vermochte das

Gericht das von Dr. G.\_\_\_\_ ausführlich beschriebene Verhalten der Beschwerdeführerin bei der neuropsychologischen Testung, aber gleichsam in Alltagssituationen und im Rahmen der Behandlung (auffällig unselbstständig, verlangsamt, unsicher mit vielen Rückfragen verbunden, ohne selbständige Fehleranalyse/Korrektur mit deutlichen Hinweisen auf Probleme mit der Auffassung, Instruktion-Verständnis über komplexen Aufgaben stark beeinträchtigt, umständlich mit vielen Rückfragen verbunden; sie wirke kindisch, naiv, stets bemüht einen möglichst guten Eindruck zu hinterlassen; act. G6.2 S. 5 unten), nicht mit dem von Dr. N.\_\_\_\_ beobachteten unauffälligen Verhalten (vgl. IV-act. 137-66 f.) zu vereinbaren. Dem Gericht war es gestützt auf das Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_ nicht möglich, sich ein Bild über die gesundheitliche Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin und über deren Leistungsfähigkeit zu machen. Die von der Beschwerdegegnerin konsultierten RAD-Ärzte Dres. M.\_\_\_\_ und S.\_\_\_\_ nahmen jeweils keine eigenen Beurteilungen vor, sondern äusserten sich lediglich zu den eingeholten Arztberichten und Administrativgutachten (IV-act. 86-3 f., 96, 138, 146 und act. G8.1). Folglich kommt ein Abstellen auf deren Stellungnahmen von vornherein nicht in Frage (vgl. vorstehend E. 1.4). Auch dem im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten ausführlichen Arztbericht des behandelnden Psychiaters Dr. G.\_\_\_\_ vom 16. Oktober 2018 (act. G6.2) kommt kein Beweiswert zu, und zwar aus den folgenden Gründen: Darin werden erstmals die Diagnosen einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung und einer selbstunsicheren und dependenten Persönlichkeitsstörung gestellt (act. G6.2 S. 2 oben und Mitte). RAD-Arzt S.\_\_\_\_ hielt hinsichtlich der neu gestellten Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung fest, diese werde nicht mit objektivierbaren Befunden begründet, sondern anhand der Anamnese und aufgrund psychodynamischer Hypothesen. Eine posttraumatische Belastungsstörung müsste durch die entsprechende Symptomatik und die damit einhergehenden Einschränkungen begründet werden. Sie müsste sich zudem gemäss ICD-10 wenige Monate nach den belastenden Ereignissen entwickelt haben (act. G8.1). Diese Ausführungen sind nachvollziehbar, weshalb Zweifel an der von Dr. G.\_\_\_\_ gestellten Diagnose aufkommen. Darüber hinaus handelt es sich bei Dr. G.\_\_\_\_ um den langjährig behandelnden Psychiater der Beschwerdeführerin, was bei der Würdigung von dessen Einschätzungen zu berücksichtigen ist (vgl. vorstehend E. 1.4). Vor diesem Hintergrund war das Gericht verpflichtet, ein Gerichtsgutachten einzuholen (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Art. 44 N 70 f. mit Hinweisen). Dr. med. U.\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_, kam mit Gutachten vom 26. Mai 2021 zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin an einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung und an einer gegenwärtig remittierten rezidivierenden depressiven Störung leide. Aufgrund der Persönlichkeitsstörung ergebe sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Neben der ängstlich-vermeidenden Haltung und Selbstunsicherheit lägen auch narzisstische Charakterzüge vor, welche in zwischenmenschlichen Beziehungen häufig zu Schwierigkeiten und Konflikten führten. In den letzten Jahren habe die Beschwerdeführerin diese Defizite zunehmend weniger kompensieren können und habe vermehrt auf dysfunktionale Verhaltensweisen mit unter anderem Vermeidung und Angst zurückgegriffen. Hinzu komme eine geringe Introspektionsfähigkeit und Selbstreflexion, eine geringe Fähigkeit, Konflikte zu lösen, regressives Verhalten, eine leichte Kränkbarkeit, reduzierte Problemlösungsstrategien und schlussendlich auch eine zunehmende Gruppenunverträglichkeit / Unverträglichkeit gegenüber Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Zusätzlich zeigten sich eine geringe Veränderungsmotivation und eine verfestigte Vorstellung des Ausmasses ihrer psychischen Einschränkungen, welche von aussen nur schwer korrigiert werden könnten. Bei

zunehmendem Druck von aussen zeige sich zudem schnell ein deutlicher Widerstand sowie eine Somatisierungstendenz. Aufgrund dieser psychopathologischen Auffälligkeiten sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % sowohl für die Tätigkeit als Verkäuferin als auch als Sekretärin auszugehen (act. G27 S. 106). Dieses Gutachten vermag im Gegensatz zu den Vorakten ein fassbares, nachvollziehbares und widerspruchsfreies Bild der gesundheitlichen Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin zu vermitteln und erfüllt die beweismässigen Voraussetzungen in jeder Hinsicht. Dr. U.\_\_\_\_ hat die Vorakten gewürdigt, die Beschwerdeführerin persönlich untersucht, objektive klinische Befunde erhoben und festgehalten und anhand dieser objektiven klinischen Befunde auf eine nachvollziehbare Weise Diagnosen gestellt und eine Arbeitsfähigkeitsschätzung abgeleitet. Ein zwingender Grund, der gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens sprechen würde, ist nicht ersichtlich. Die Stellungnahmen von RAD-Arzt S.\_\_\_\_ vom 10. Juni und 7. September 2021 (act. G33.1 und 42.1) vermögen aus Sicht eines medizinischen Laien keine zwingenden Gründe aufzuzeigen, aus welchen vom Gerichtsgutachten abzuweichen wäre. Vielmehr handelt es sich um einen medizinischen Diskurs, über welchen sich ein medizinischer Laie kein Bild zu machen vermag. Nachvollziehbare zwingende Gründe wären jedoch unabdingbar für das Abweichen von einem Gerichtsgutachten (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Art. 43 N 64 mit Hinweisen). In Anbetracht der vorangehenden Ausführungen vermag das Gutachten der Z.\_\_\_\_ im Gegensatz zu den Vorgutachten der BEGAZ und von Dr. N.\_\_\_\_ zu überzeugen und es ist darauf abzustellen. Angesichts der Mängel am Gutachten von Dr. N.\_\_\_\_ kann sodann nicht gesagt werden, dass es sich um eine andere Einschätzung desselben medizinischen Sachverhalts handle (vgl. hierzu Urteile des Bundesgerichts vom 29. Juli 2008, 9C\_830/07, E. 4.3 mit Hinweisen, publ. in: SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203, und vom 23. Juni 2015, 9C\_853/2014, E. 3.1.2). Somit liegt neben den vollständigen Arbeitsunfähigkeiten für die Zeiten nach der Entfernung der Gebärmutter im März 2015 (IV-act. 68-1; Genauerer ist nicht aktenkundig), vom 15. Oktober 2015 bis 22. Januar 2016 (Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik K.\_\_\_\_, IV-act. 68-1), vom 8. Februar bis 6. Mai 2016 (Behandlung in der Psychiatrischen Tagesklinik L.\_\_\_\_, IV-act. 80-1), vom 11. August bis 13. September 2016 (Aufenthalt im KSSG / in der Psychiatrischen Klinik K.\_\_\_\_, IV-act. 105-1 sowie 89-1) und vom 14. Dezember 2016 bis 24. Januar 2017 (Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik V.\_\_\_\_, IV-act. 103-1) eine gesundheitsbedingte 50%ige Einschränkung der Leistungs- und Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin vor. Leidensangepasst ist Routinearbeit in einem kleinen Team mit flachen Hierarchien, einer gewissen Entscheidungsfreiheit, ohne Zeitdruck, mit der Möglichkeit einer flexiblen Zeiteinteilung, mit abwechselnden Tätigkeiten, um eine Monotonie zu vermeiden, zugleich kognitiv nicht zu komplexen Aufgaben, mit Rückzugsmöglichkeiten sowie der Möglichkeit, zwischendurch kurze Pausen einzulegen (act. G27 S. 108). Da weitere Beweismassnahmen keinen entscheiderelevanten neuen Aufschluss erwarten lassen, ist dem Beweis Antrag, einen Bericht der Ba.\_\_\_\_ einzuholen (act. G1 Ziff. 22), nicht zu folgen (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 141 I 60 E. 3.3 mit Hinweis). Gestützt auf die nunmehr ausgewiesene durchgehende Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab Ende 2012 in adaptierten Tätigkeiten und von 100 % während der stationären Klinikaufenthalte (vgl. vorstehend E. 4.3) ist der Invaliditätsgrad zu ermitteln. Die Beschwerdegegnerin stufte die Beschwerdeführerin in der angefochtenen Verfügung als zu 50 % erwerbstätig und zu 50 % im Haushalt tätig ein (IV-act. 147). Dies mit der Begründung, dass die Beschwerdeführerin vom 1. Juni 2012 bis 19. Dezember 2013 mit 50%igem Pensum bei der Arbeitslosenversicherung angemeldet gewesen sei (vgl. IV-act. 139-2). Da die

Beschwerdeführerin jedoch in dieser Zeit zu 60 % arbeitsunfähig geschrieben war (vgl. IV-act. 7 und 12), kann hieraus nicht auf eine lediglich teilzeitliche Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall geschlossen werden. Hieran vermögen die von der Beschwerdegegnerin zitierten Ausführungen von RAD-Arzt Dr. S. \_\_\_ nichts zu ändern (vgl. RAD-Stellungnahme vom 13. Juli 2018 in IV-act. 146-2). Die Beschwerdeführerin erklärte denn auch mit E-Mail vom 15. September 2015 auf die entsprechende Frage der IV-Stelle hin, sie wäre im Gesundheitsfall voll erwerbstätig (IV-act. 63). Die finanzielle Situation der Beschwerdeführerin lässt dies überwiegend wahrscheinlich erscheinen, zumal sie Dr. N. \_\_\_ berichtete, während der Zeit in I. \_\_\_ ihre Pensionskassengelder aufgebraucht und hohe Schulden zu haben (vgl. IV-act. 137-87). Da sie Sozialhilfe von der Gemeinde W. \_\_\_ erhält (vgl. act. G6.1), ist überdies davon auszugehen, dass sie von dieser Seite her zu einer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit verpflichtet würde. Zu Recht macht die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin sodann geltend, dass diese keine familiären Pflichten oder Leidenschaften habe, die gegen die Wiederaufnahme eines Vollzeitpensums wie vor der Auswanderung nach I. \_\_\_ im Jahr 2007 sprechen würden (vgl. act. G1 Rz. 24 und IV-act. 144-8). Nach dem Gesagten ist von einer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit der Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall auszugehen. Folglich ist für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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 zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, zu setzen (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Der Beschwerdeführerin sind die angestammten Tätigkeiten als Verkäuferin und als Sekretärin wie auch andere angepasste Tätigkeiten in einem 50 %-Pensum zumutbar. Da der erzielbare Verdienst in den angestammten Tätigkeiten vor diesem Hintergrund höher sein dürfte als derjenige in einer leidensangepassten Tätigkeit ohne qualifizierte Berufserfahrung, ist im Weiteren auf den erzielbaren Verdienst in der angestammten Tätigkeit in einem 50%-Pensum abzustellen. Weil sowohl für das Validen- wie für das Invalideneinkommen von denselben Löhnen auszugehen ist, kann ein Prozentvergleich erfolgen (siehe zum Prozentvergleich etwa Urteil des Bundesgerichts vom 6. April 2016, 8C\_628/2015, E. 5.3.1 mit Hinweisen). Ausgehend von einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit beträgt der Invaliditätsgrad im Rahmen des Prozentvergleichs 50 %. Die Höhe eines Tabellenlohnabzugs (siehe hierzu Urteil des Bundesgerichts vom 20. April 2018, 9C\_833/2017, E. 2.2; BGE 134 V 327 E. 5.2) kann vorliegend offengelassen werden, denn selbst bei Gewährung eines 15%igen Tabellenlohnabzugs würde ein Invaliditätsgrad von aufgerundet 58 % (50 % + [15 % von 50 %]) resultieren, womit die Schwelle zur Dreiviertelsrente nicht erreicht würde. Ein 15%iger Tabellenlohnabzug bildet vorliegend aufgrund der konkreten Umstände auf jeden Fall das Maximum, da sämtliche gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Gutachten der Z. \_\_\_ bereits berücksichtigt wurden und bei Frauen nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung kein Teilzeitabzug vorgenommen wird. Bei der rückwirkenden Zusprache einer abgestuften und/oder befristeten Invalidenrente finden gemäss Rechtsprechung die für die Rentenrevision geltenden Normen (Art. 17 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) analog Anwendung (Urteil des Bundesgerichts vom 16. April 2013, 8C\_93/2013, E. 2; BGE 121 V 275 E. 6b/dd mit Hinweis). Gemäss Art. 88a IVV ist bei einer Verbesserung (Abs. 1) oder Verschlechterung (Abs. 2) der Erwerbsfähigkeit die anspruchsbeeinflussende Änderung zu

berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und im Falle der Verbesserung voraussichtlich weiterhin andauern wird. Renten werden stets für den ganzen Kalendermonat im Voraus ausbezahlt (Art. 19 Abs. 3 ATSG). Somit hat die Beschwerdeführerin angesichts der vorstehend festgestellten Arbeitsunfähigkeiten ab 1. Juni 2014 (Anmeldung vom Dezember 2013 [IV-act. 2]; Art. 29 Abs. 1 IVG) Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. Vom 1. Februar 2016 bis 30. April 2017 hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine ganze Rente. Sie befand sich vom 15. Oktober 2015 bis 22. Januar 2016 in der psychiatrischen Klinik K.\_\_\_\_ (IV-act. 68-1), was angesichts der Dauer von über 3 Monaten eine Verschlechterung auswies. Nachdem sie bis 6. Mai 2016 in der Psychiatrischen Tagesklinik L.\_\_\_\_ in Behandlung stand (IV-act. 80-1), musste sie nach gut 3 Monaten am 11. August 2016 wegen einer Medikamentenintoxikation in suizidaler Absicht notfallmässig ins KSSG eintreten (IV-act. 105-1). Es kann also nicht gesagt werden, dass die allfällige Verbesserung nach Austritt aus der tagesklinischen Behandlung von Dauer war. Vom KSSG wurde die Versicherte am 12. August 2016 in die Psychiatrische Klinik K.\_\_\_\_ verlegt, wo sie bis zum 13. September 2016 stationär behandelt wurde (IV-act. 89-1). Drei Monate nach Austritt erfolgte eine stationäre psychiatrische Behandlung in der Klinik O.\_\_\_\_, welche bis 24. Januar 2017 dauerte (IV-act. 103-1). Erst nach diesem Austritt kann von einer anhaltenden Verbesserung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgegangen werden, weshalb sie ab 1. Mai 2017 wiederum Anspruch auf eine halbe Rente hat (Art. 28 Abs. 2 IVG). Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen ist, dass die Beschwerdeführerin für die Dauer vom 1. Juni 2014 bis 31. Januar 2016 Anspruch auf eine halbe, vom 1. Februar 2016 bis 30. April 2017 auf eine ganze und ab 1. Mai 2017 wiederum auf eine halbe Rente hat. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistungen sowie zur Leistungskoordination mit der Gemeinde W.\_\_\_\_ (vgl. IV-act. 139-2) ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 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). Aufgrund der Notwendigkeit der Einholung eines Gerichtsgutachtens und des damit verbundenen Mehraufwandes erscheint eine Gerichtsgebühr von Fr. 1'000.-- angemessen. Ausgangsgemäss hat die unterliegende Beschwerdegegnerin die gesamte Gerichtsgebühr zu bezahlen (Art. 95 Abs. 1 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Zu klären bleibt, wer die Kosten des Gerichtsgutachtens vom 26. Mai 2021 und der zusätzlichen Stellungnahme der Z.\_\_\_\_ vom 26. August 2021 zu tragen hat. Nachdem konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Gutachten des BEGAZ und von Dr. N.\_\_\_\_ sprachen, erfüllten diese die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht. In diesem Sinne mangelte es an der genügenden Abklärung (vgl. Art. 43 ATSG) des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin durch die Beschwerdegegnerin. Damit hat die Beschwerdegegnerin die Kosten des Gerichtsgutachtens von Fr. 15'514.90 (act. G31) und der zusätzlichen Stellungnahme von Fr. 2'552.-- (act. G41), insgesamt Fr. 18'066.90, in Anwendung von Art. 45 Abs. 1 ATSG (vgl. auch Art. 78 Abs. 3 IVV) zu tragen. Die entsprechenden Rechnungen waren den Parteien am 9. Juni 2021 (act. G32) und am 22. September 2021 (act. G43) zur Kenntnis gebracht worden. 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 der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Bei wie vorliegend überdurchschnittlich aufwändigen Fällen mit Gerichtsgutachten erscheint eine pauschale Parteienschädigung von Fr. 5'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Bei diesem Verfahrensausgang erübrigt sich die Festsetzung einer Entschädigung aus der gewährten unentgeltlichen Rechtsverteidigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Beschwerdeführerin ab 1. Juni 2014 eine halbe, vom 1. Februar 2016 bis 30. April 2017 eine ganze und ab 1. Mai 2017 wiederum eine halbe Rente zugesprochen wird. Die Sache wird zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 1'000.-- zu bezahlen. Die Beschwerdegegnerin hat die Kosten des Gerichtsgutachtens vom 26. Mai 2021 und der Stellungnahme vom 26. August 2021 von insgesamt Fr. 18'066.90 zu bezahlen. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteienschädigung in der Höhe von Fr. 5'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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