

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/142 vom 19. März 2021**

Sg Versicherungsgericht, 2021-03-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2019\\_142](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_142)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/142 du 19 mars 2021

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/142 del 19 marzo 2021

## **Regeste**

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG. Gestützt auf ein für beweistauglich befundenes psychiatrisches Gutachten ist die Beschwerdeführerin seit Juni 2012 zu 75 % arbeitsfähig. Die Beurteilung des behandelnden Psychiaters, wonach eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestehe, vermag die gutachterliche Einschätzung nicht zu entkräften. Bei einem Invaliditätsgrad von 12,7 % besteht kein Rentenanspruch (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. März 2021, IV 2019/142).

## **Volltext**

Entscheid vom 19. März 2021 Besetzung Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz) und Corinne Schambeck; Versicherungsrichter Joachim Huber, Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner Geschäftsnr. IV 2019/142 Parteien A.\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Rainer Niedermann, GN Rechtsanwälte, St. Leonhard-Strasse 20, Postfach 728, 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 16. Februar 2009 bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Am 6./8. Juni 2012 wurde die Versicherte im Auftrag der IV-Stelle durch die Ärztliches Begutachtungsinstitut Basel GmbH (ABI) polydisziplinär (allgemeininternistisch, psychiatrisch, rheumatologisch, gynäkologisch) begutachtet (Gutachten vom 11. September 2012, IV-act. 94). Die Gutachter gelangten zur Einschätzung, zusammenfassend könnten der Versicherten schwere sowie anhaltend mittelschwere Tätigkeiten bleibend nicht mehr zugemutet werden. Demgegenüber bestehe für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwer belastende Tätigkeiten und somit auch für die von der Versicherten früher durchgeführten Tätigkeiten eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % (IV-act. 94-21). Auf Aufforderung der IV-Stelle (IV-act. 95 f.) hin fanden am 19. Dezember 2012 und am 22. Mai 2013 zusätzlich urologische, viszeralchirurgische und pneumologische Untersuchungen statt. Im ergänzten Gesamtgutachten vom 25. November 2013 bestätigten alle Gutachter die Beurteilung im Gutachten vom 11. September 2012 (IV-act. 108). Gestützt auf Beurteilung des ABI wies die IV-Stelle das Gesuch der Versicherten mit Verfügung vom 5. September 2014 ab (IV-act. 132). Mit Entscheid vom 30. Mai 2016 (Verfahren IV 2014/474) hiess das Versicherungsgericht eine Beschwerde vom 9. Oktober 2014 gegen die Verfügung vom 5. September 2014 teilweise gut, hob diese auf und wies die Sache zur ergänzenden Abklärung und zur neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die IV-Stelle zurück. Es erwog im Wesentlichen, der behandelnde Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, habe am 9. Dezember 2014 (wie bereits in Berichten vom 28. April 2014 und vom 19. August 2014) - lediglich rund drei Monate nach

Erlass der angefochtenen Verfügung - eine eingeschränkte Konzentrationsdauer, eingeschränkte geistige Flexibilität aufgrund formaler Denkstörungen, Antriebsstörungen und eine verlangsamte Psychomotorik festgehalten. Bei dieser Ausgangslage könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, dass die geltend gemachte Verschlechterung tatsächlich eingetreten sei und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, es handle sich bloss um eine abweichende Beurteilung eines gleich gebliebenen medizinischen Sachverhalts. Der medizinische Sachverhalt erweise sich daher aus psychiatrischer Sicht ab Juni 2012 als unzureichend abgeklärt. Es sei eine psychiatrische Verlaufsbegutachtung vorzunehmen, welche zu den Berichten von Dr. B.\_\_\_\_ Stellung nehme. Die Sache sei zu weiterer medizinischer Abklärung und zur Prüfung eines Rentenanspruchs ab September 2013 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Erw. 4.2 und 5.1, IV-act. 147-10 f.). Am 18. Oktober 2016 berichtete Dr. B.\_\_\_\_ unverändert von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F33.11) und attestierte weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in angepassten Tätigkeiten (IV-act. 161). Gemäss einem in Nachachtung des versicherungsgerichtlichen Entscheides eingeholten psychiatrischen Verlaufsgutachten vom 18. September 2017 diagnostizierte der psychiatrische Vorgutachter Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) und eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10: F54). Er befand, der Versicherten sei die Willensanstrengung einer 100%igen Arbeitsleistung in angepasster Tätigkeit zumutbar (IV-act. 180-6 f.). Der RAD liess dem Gutachter zunächst Ergänzungsfragen stellen (IV-act. 182 f.), welche dieser am 27. November 2017 beantwortete (IV-act. 187). RAD-Arzt Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie, Arbeitsmedizin, Sozialmedizin (D), Psychotherapie, nahm am 20. Dezember 2017/16. Januar 2018 Stellung, auf das Verlaufsgutachten könne nicht abgestellt werden, es sei eine neue psychiatrische Begutachtung notwendig (IV-act. 191). Durch Mitteilung vom 31. Januar 2018 eröffnete die IV-Stelle der Versicherten die vorgesehene Begutachtung durch Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie (D), Neurologie E.\_\_\_\_ AG (IV-act. 192). Die rechtlich vertretene Versicherte erklärte am 12. Februar 2018 innert Frist, sie lehne die Gutachterin mangels erforderlicher Fähigkeiten bzw. Erfahrung ab (IV-act. 197). Mit Verfügung vom 11. April 2018 hielt die IV-Stelle an der Gutachterstelle fest (IV-act. 205). Die Versicherte erklärte sich gegenüber der IV-Stelle am 23. April 2018 nicht einverstanden (IV-act. 206), ergriff aber kein Rechtsmittel gegen die Verfügung. In ihrem Gutachten vom 24. September 2018 (Untersuchung 17. September 2018, IV-act. 210) diagnostizierte die Gutachterin der Versicherten eine rezidivierende depressive Erkrankung, mittelschwer, chronifiziert (ICD-10: F33.1; IV-act. 210-18). Unter Ausblendung IV-fremder Faktoren schätzte sie die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ohne Verantwortung für Menschen, ohne grosse Anforderungen an die geistige Leistungsfähigkeit und ohne taktgebundenes Arbeitstempo auf 75 %. Diese bestehe unverändert seit Juni 2012 (IV-act. 210-27 ff.). RAD-Arzt Dr. C.\_\_\_\_ veranlasste Rückfragen an die Gutachterin bezüglich Schweregrad der Depression, IV-fremder Faktoren und der Ausschöpfung der Therapieoptionen (IV-act. 212 f.), zu denen die Gutachterin am 15. November 2018 Stellung nahm (IV-act. 215). Am 7. Januar 2019 äusserte er sich zu ihren Ausführungen, es erstaune, dass sie die Diagnose des Vorgutachtens übernommen habe, nachdem dieses als nicht verwertbar angesehen worden sei. Warum bei "auch möglicher" Diagnose einer leichten Depression die Therapie als ausbaufähig angesehen werde, werde nicht begründet. Er schlage vor, nach nun zwei

fachärztlich-psychiatrischen Expertisen auf das gesamthafte Gutachtensergebnis (Arbeitsfähigkeit 75 % seit Juni 2012) abzustellen (IV-act. 216). Mit Vorbescheid vom 10. Januar 2019 gewährte die IV-Stelle der Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Leistungsbegehrens (IV-act. 219). Hierauf liess die Versicherte am 15. Februar 2019 Einwand erheben und einstweilen festhalten, der Vorbescheid beruhe auf einem unvollständigen bzw. falschen Sachverhalt und falschen daraus abgeleiteten Rechtsfolgen, sowie um Nachfrist für weitere eigene Abklärungen ersuchen (IV-act. 222). Schliesslich hielt die Versicherte mit Eingabe vom 12. April 2019 am Einwand fest und ersuchte um Zustellung einer anfechtbaren Verfügung (IV-act. 226). Mit Verfügung vom 16. April 2019 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren aufgrund eines Invaliditätsgrades von 21 % ab (IV-act. 232). Mit Beschwerde vom 28. Mai 2019 und Ergänzung vom 28. Juni 2019 lässt A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. R. Niedermann, beantragen, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben und es seien ihr die gesetzlichen Leistungen aus der Invalidenversicherung, jedoch mindestens eine halbe Rente, auszurichten. Eventualiter sei ein psychiatrisches Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben. Weiter seien ihr die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverteidigung zu bewilligen. Zur Begründung wird ausgeführt, die massgebliche Arbeitsfähigkeit könne nicht aufgrund einer Kombination zweier nicht beweiskräftiger Gutachten bestimmt werden. Das Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ vom 18. September 2017 sei vom RAD als unverwertbar erachtet worden. Die Beschwerdegegnerin habe in Nachachtung ihrer Aufklärungspflichten ein weiteres Gutachten in Auftrag gegeben. Darin habe die Gutachterin Dr. D.\_\_\_\_ eine Arbeitsfähigkeit von 75 % attestiert. Diese Einschätzung basiere auf der Diagnose einer leichten depressiven Episode. Gemäss Stellungnahme vom 15. November 2018 habe sie diese von Dr. F.\_\_\_\_ übernommen. Die Hauptdiagnose fusse demnach auf einem - unbestrittenermassen - unverwertbaren Gutachten. Die Gutachterin habe die Einschätzung einer 75%-igen Arbeitsfähigkeit gegenüber dem RAD nicht nachvollziehbar und schlüssig erklären können. Gemäss Gutachten sei sie eher von einer mittelgradigen depressiven Episode ausgegangen und habe diesbezüglich auch dem behandelnden Dr. B.\_\_\_\_ zugestimmt. Jedoch schätze sie unverständlicherweise die Arbeitsfähigkeit ganz anders ein als dieser, der ihr eine Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten von höchstens 50 % attestiere. Darauf sei abzustellen oder aber ein Gerichtsgutachten einzuholen (act. G 1, act. G 3). Mit Beschwerdeantwort vom 7. August 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen, soweit darauf einzutreten sei. Dr. D.\_\_\_\_ erfülle die gemäss Rechtsprechung erforderlichen fachlichen Anforderungen als Gutachterin. Zudem hätten diese Rügen gegen die inzwischen rechtskräftige Zwischenverfügung vom 11. April 2018 vorgebracht werden müssen, weshalb darauf nicht einzutreten sei. Die Gutachterin habe die Diagnose des Vorgutachters lediglich zitiert und nicht übernommen. Vielmehr habe sie gestützt auf ihre gründliche Untersuchung eine mittelschwere depressive Erkrankung diagnostiziert. Die relativ hohe Arbeitsfähigkeit von 75 % begründe sie gut nachvollziehbar mit dem Vorhandensein IV-fremder Faktoren, die von Dr. B.\_\_\_\_ zu Unrecht nicht berücksichtigt worden seien. Zudem sei seiner auftragsrechtlichen Stellung Rechnung zu tragen. Seine Berichte enthielten keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet seien, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen. Somit sei ohne Abstriche auf das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ abzustellen (act. G 6). Die vorsitzende Richterin bewilligt am 14. August 2019 die unentgeltliche Rechtspflege

(Befreiung von Gerichtskosten und unentgeltliche Rechtsverteidigung, art. G 7). Mit Eingabe vom 31. Januar 2020 bestreitet die Versicherte die Beschwerdeantwort, hält an den Anträgen der Beschwerde fest und verzichtet auf eine Replik (art. G 19). Erwägungen Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6, BGE 141 V 289 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C\_1/2016, E. 4.3). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C\_350/2017, E. 5.4, und vom 27. März 2015, 8C\_673/2014, E. 5.1.1; BGE 143 V 427 E. 6). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen) sowie psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 141 V 281 und BGE 143 V 428, E. 7.1). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.). Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Die urteilenden Instanzen haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange

umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb; Urteile des Bundesgerichts vom 15. Juli 2020, 8C\_335/2020, E. 4.1, und vom 13. Februar 2019, 8C\_801/2018, E. 4.3). Im Sozialversicherungsrecht gelten der Untersuchungsgrundsatz und der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Bern/St. Gallen/Zürich 2020, Art. 61 N 107). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seine Entscheidung, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Im Rückweisungsentscheid vom 30. Mai 2016 kam das Versicherungsgericht im Wesentlichen zum Schluss, auf die Einschätzung der ABI-Gutachter sei abzustellen; somit sei bis zum Begutachtungstermin im Juni 2012 lediglich für die Zeitspanne vom 15. September 2008 bis 1. April 2009 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Da das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG dannzumal noch nicht abgelaufen sei, bestehe insoweit kein Rentenanspruch. Zu prüfen sei, ob sich der psychische Gesundheitszustand wie geltend gemacht nach der gutachterlichen Exploration verschlechtert habe (Erw. 3.2, 4.1 f. und 5.1). Die Beschwerdeführerin bringt vor, gemäss RAD-Stellungnahme vom 7. Januar 2019, wonach der RAD vorschlage, "nach nun zwei fachärztlich-psychiatrischen Expertisen auf das gesamte Gutachtensergebnis (Arbeitsfähigkeit 75 % seit Juni 2012) abzustellen" (IV-act. 216), stütze sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung auf eine Kombination von zwei nicht beweiskräftigen Gutachten, was nicht angehe. Hierzu ist zu präzisieren, dass Dr. F.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 18. September 2017 zum Schluss kam, es bestehe in allen den Fähigkeiten der Beschwerdeführerin entsprechenden und somatisch angepassten Tätigkeiten seit der Begutachtung im Jahr 2012 (aus psychiatrischer Sicht) eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung (IV-act. 180-7). Die der angefochtenen Verfügung zugrundeliegende medizinische Einschätzung stützt sich somit nicht etwa auf zwei mangelhafte Gutachten mit gleichem Ergebnis, sondern einzig auf das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ vom 24. September 2018 (IV-act. 210). Dessen Beweistauglichkeit ist im Folgenden zu prüfen. Die Beschwerdeführerin focht die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 11. April 2018, wonach diese an der Abklärungsstelle festhalte (IV-act. 205), nicht an. Die Verfügung erwuchs somit in Rechtskraft, obwohl die Beschwerdeführerin die Beschwerdegegnerin am 23. April 2018 zur Einreichung eines

Curriculums auffordern liess (IV-act. 206). Auf die Rüge kann daher nicht mehr eingetreten werden. Ohnehin hielt das Bundesgericht im Wesentlichen fest, da es sich bei der Medizin um eine internationale Wissenschaft handle, befähige auch ein im Ausland erworbener Facharzttitle zur Gutachtertätigkeit. Für die Tätigkeit als Gutachter bestehe keine Bewilligungspflicht. Die für eine korrekte Abwicklung des Gutachtensauftrags notwendigen Kenntnisse über die versicherungsmedizinischen Verhältnisse in der Schweiz müssten sich angeeignet werden; sie könnten (aber), wenn überhaupt, nur sehr begrenzt alleine durch eine praktische ärztliche Tätigkeit in der Schweiz erworben werden, weshalb es sich nicht rechtfertige, eine solche von Experten mit ausländischem Titel zu verlangen (Urteile vom 19. Mai 2020, 8C\_767/2019, E. 3.3.2 f., und vom 2. Juli 2020, 9C\_148/2020, E. 4.2.1). Gemäss seinerzeitigem Auszug aus dem schweizerischen Medizinalberufsregister wurde Dr. D. \_\_\_ am 12. November 1991 in Deutschland das Arztdiplom erteilt. Am 27. Mai 2015 erwarb sie dort den Facharzttitle für Psychiatrie und Psychotherapie. Unter anderem im Jahr 2018 war sie im Kanton G. \_\_\_ als "90-Tage-Dienstleister" gemeldet (IV-act. 197-3, IV-act. 203-3). Damit erfüllte die Gutachterin damals die nach aktueller Rechtsprechung notwendigen fachlichen Voraussetzungen für die Ausführung des Gutachterauftrags. In Bezug auf die Qualifikation der Gutachterin kann dem Gutachten demnach der Beweiswert nicht abgesprochen werden. Zu prüfen bleibt, ob das Gutachten den Anforderungen der bundesgerichtlichen Rechtsprechung genügt und darauf abgestellt werden kann. Die Gutachterin stellte die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Erkrankung, mittelschwer, chronifiziert (ICD-10: F33.1). Zu deren Herleitung führte sie aus, die Beschwerdeführerin habe eine niedergedrückte Stimmung angegeben, die zu 99 % des Tages bestehe. Ein Antriebsmangel sei ebenfalls beschrieben worden. Interesse- und Freudlosigkeit hätten nicht vorgelegen. Die Beschwerdeführerin habe zahlreiche soziale Kontakte, treffe sich mit Freundinnen und Verwandten und gehe spazieren. Von den Nebenkriterien seien Konzentrationsstörungen, Suizidgedanken, Schlafstörungen, pessimistische Zukunftsgedanken und Verlust des Selbstvertrauens angegeben worden (IV-act. 210-18). RAD-Arzt Dr. C. \_\_\_ liess am 30. Oktober 2018 der Gutachterin unter anderem die Frage stellen, weshalb sie eine nur leichte depressive Episode bestätige, obwohl sie im Befund zwei Haupt- und drei Nebensymptome erhebe (IV-act. 212-2). In ihrer Stellungnahme vom 15. November 2015 äusserte sie zur Frage, weshalb sie bei zwei Haupt- und drei Nebensymptomen keine mittelschwere Depression diagnostiziert habe, sie habe diese Diagnose nicht gestellt, sondern lediglich aus dem ABI-Gutachten vom August 2017 "zitiert" bzw. "übernommen". Zwar gebe es in der Literatur Angaben, wonach bei einer leichten depressiven Episode nur zwei Symptome aus der Klasse C vorliegen dürften, die Diagnose sei aber auch bei drei Symptomen der Klasse C möglich. Eine scharfe diagnostische Trennung einer leichten von einer mittelschweren depressiven Episode sei häufig nur schwer möglich (IV-act. 215-2). Gemäss ICD-10 sind für die Diagnose einer leichten wie auch einer mittelgradigen depressiven Episode zwei Symptome der Gruppe B erforderlich; vorliegend handelt es sich um dasjenige der depressiven Stimmung und dasjenige eines verminderten Antriebs oder einer gesteigerten Ermüdbarkeit. Sodann kennt die ICD-Klassifikation weitere Symptome der Gruppe C. Eine leichte depressive Episode liegt vor, wenn sich insgesamt eine Anzahl von vier oder fünf Symptomen ergibt und eine mittelschwere depressive Episode, wenn insgesamt sechs oder sieben Symptome der Gruppen B und C vorliegen. Aus dieser Kategorie hält die Gutachterin Konzentrationsstörungen, Suizidgedanken, Schlafstörungen und Verlust des Selbstvertrauens für erfüllt (IV-act. 210-18). Zusätzlich erhob sie pessimistische

Zukunftsgedanken als weiteres Nebenkriterium. Insgesamt sind somit sechs oder sieben der symptomatischen Kriterien erfüllt, so dass die im Gutachten attestierte mittelgradige depressive Episode (IV-act. 210-18) nachvollziehbar erscheint (vgl. zum Ganzen H. Dilling/H. J. Freyberger, Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 9. Auflage, Bern 2019, S. 135 f.). Entgegen der RAD-Stellungnahme vom 30. Oktober 2018 erhob die Gutachterin nicht nur drei, sondern vier Nebensymptome und diagnostizierte nicht eine leichte, sondern eine mittelschwere Depression. Nicht die Diagnosen allein bilden den Ausschlag für das Ausmass der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, sondern der Schweregrad der Befunde sowie die konkreten Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. Juli 2020, 8C\_737/2019, E. 5.1.2). Insofern ist es nicht allein massgebend, ob die Beschwerdeführerin an einer leichten oder mittelgradigen Depression leidet. Im Weiteren ist zu prüfen, ob die von der Gutachterin geschätzte Arbeitsfähigkeit von 75 % ausschliesslich objektivierbare Auswirkungen des Gesundheitsschadens erfasst und den Standardindikatoren des strukturierten Beweisverfahrens folgt. Die Gutachterin hielt fest, es bestünden erhebliche invaliditätsfremde Faktoren, die für die aktuellen Funktionseinschränkungen mitverantwortlich seien. Die Beschwerdeführerin spreche nur mangelhaft Deutsch und berichte, dass sie nach der langen Phase der beruflichen und privaten Dekonditionierung sich viele Dinge im Alltag nicht mehr zutrauen würde, wie etwa die Bedienung eines Billettautomaten, von Maschinen oder einer modernen Registrierkasse. Weiterhin bestünden eine grosse familiäre Unterstützung und ein Krankheitsgewinn, indem sie von Haushaltspflichten, alltäglicher Verantwortung und administrativen Dingen entlastet werde. Da sie durch die Haushaltsführung und die Betreuung des behinderten erwachsenen Sohnes nicht ausgelastet sei, sei die Krankheit damit Teil des Lebensinhaltes geworden. Es habe sich eine deutliche Tendenz zu Selbstlimitationen und eine nicht vorhandene Motivation, die aktuellen Lebensumstände zu verändern, gezeigt. Zusätzlich bestehe eine jahrelang chronifizierte Krankheitsüberzeugung mit Einnahme einer passiven Krankenrolle. Diese Faktoren reduzierten die Motivation, beruflich tätig zu sein, deutlich bzw. würden sie aufheben. Die depressive Erkrankung sei daher auch zu einem nicht unerheblichen Teil als Flucht in die Erkrankung zu sehen, um sich privaten als auch beruflichen Anforderungen zu entziehen. Dies müsse nicht bewusstseinsnah erfolgen (IV-act. 210-22 f., IV-act. 215-3 f.). Wenn psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren das Beschwerdebild mitprägen, sind die entsprechenden Faktoren als nicht invalidisierende und damit nicht versicherte Faktoren auszuschneiden, soweit sie unmittelbar (direkt) die Symptomatik beeinflussen und nicht bloss mittelbar eine (verselbständigte) Gesundheitsschädigung aufrecht erhalten oder ihre (unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden) Folgen verschlimmern. Ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden kann nur gegeben sein, wenn das klinische Beschwerdebild nicht einzig in psychosozialen und soziokulturellen Umständen seine Erklärung findet, sondern davon psychiatrisch unterscheidbare Befunde umfasst. Auch bei einer diagnostizierten Depressionsstörung sind daher das Beschwerdebild prägende psychosoziale Belastungsfaktoren bei der Beurteilung, ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt, zu beachten und auszuklammern (Urteil des Bundesgerichts vom 15. März 2017, 8C\_14/2017, E. 5.3). Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (Urteil vom 22. März 2018, 8C\_582/2017, E. 5.1). Der im Hinblick auf Rentenleistungen der Invalidenversicherung

geltende enge Krankheitsbegriff klammert soziale Faktoren jedoch (nur) so weit aus, als es darum geht, die für die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit kausalen (Hervorhebung im Urteilstext) versicherten Faktoren zu umschreiben. Die funktionellen Folgen von Gesundheitsschädigungen werden durchaus auch mit Blick auf psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren abgeschätzt, welche den Wirkungsgrad der Folgen einer Gesundheitsschädigung beeinflussen (BGE 141 V 243, E. 3.4.2.1). Dem Gutachten ist zu entnehmen, dass bei der Beschwerdeführerin eine verselbständigte depressive Erkrankung vorliegt. Die Gutachterin berücksichtigte dies bei der Schätzung der Arbeitsfähigkeit und begründete die Abweichung ihrer Einschätzung von Dr. B. \_\_\_ damit, dass die Erkrankung auch durch IV-fremde Faktoren aufrechterhalten bzw. verschlimmert werde (IV-act. 210-27, 29). Zu den funktionellen Einschränkungen führt die Gutachterin aus, die Fähigkeiten, sich an Regeln und Routine anzupassen, zur Planung und Strukturierung von Aufgaben und die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten seien leicht, die Flexibilität/Umstellungsfähigkeit und die Durchhaltefähigkeit seien mittelschwer und die Kontaktfähigkeit zu Dritten/Selbstbehauptungsfähigkeit sowie die Wegefähigkeit seien nicht beeinträchtigt (IV-act. 210-16 f.). Es zeigten sich leichte Beeinträchtigungen der Konzentration und der mnestischen Fähigkeiten und nicht ausgeprägte Zeitgitterstörungen (IV-act. 210-15). Die Beschwerdeführerin habe berichtet, dass sie ab und zu unter Kopfschmerzen leide. Eine durchgehende Schmerzstörung habe sie (gegebenenfalls auch aufgrund der Schmerzmedikation als Dauertherapie) verneint. Weitere klinisch relevante Schmerzsymptome wie beispielsweise Rücken- oder Muskelschmerzen habe sie auf Nachfrage verneint (IV-act. 210-21). Somit erscheint plausibel, dass keine massgeblichen zusätzlichen funktionellen Beeinträchtigungen durch komorbide Schmerzen bestehen. Die Gutachterin setzt sich auch mit der von Dr. B. \_\_\_ gestellten Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0) auseinander und äussert sich hierzu, das Kriterium einer Belastung katastrophalen Ausmasses sei nicht erfüllt, wenn auch die Hysterektomie mit den nachfolgenden perioperativen und postoperativen Komplikationen subjektiv eine Belastung dargestellt habe (IV-act. 210-20). Dies erscheint nachvollziehbar, weshalb neben den Beeinträchtigungen durch die depressive Erkrankung keine komorbiden Einschränkungen zu berücksichtigen sind. Zur sozialen Situation und zum Tagesablauf gab die Beschwerdeführerin an, sie lebe zusammen mit ihrem behinderten Sohn, der an drei Tagen an einem geschützten Arbeitsplatz arbeite. Ihr Ehemann habe sich vor viereinhalb Jahren von ihr getrennt, im aktuellen Jahr (2018) sei sie mit ihrem Bruder in ihre Heimat gereist, um sich offiziell scheiden zu lassen. Sie habe ein gutes Verhältnis zu ihren Brüdern und deren Familien sowie zu drei guten Freundinnen. Diese Personen besuchten sie oft zum Kaffeetrinken. Sie stehe um 10.00 bis 11.00 Uhr auf und koche einfache Gerichte, wenn sie sich gut fühle. Familienangehörige brächten ihr oft Mahlzeiten zum Aufwärmen mit. Sie putze täglich die Kochecke und erledige weitere Reinigungs- bzw. Hausarbeiten, wenn sie möge. Einmal wöchentlich werde sie von den Brüdern abgeholt und besuche ihre Mutter (IV-act. 210-12 f.). Als Ressourcen für die Beschwerdeführerin nennt die Gutachterin die familiäre Unterstützung und die enge Bindung an den Sohn. Selber gebe sie ihren Glauben als weitere Ressource an. Die als Ressource zu wertenden Faktoren seien gleichzeitig auch Belastungsfaktoren, da sich die Beschwerdeführerin um die gesundheitliche Situation ihres Sohnes (Behinderung, psychische Erkrankung) Sorge. Die familiäre Unterstützung sei auf der einen Seite positiv zu werten, auf der anderen Seite trage sie aber auch dazu bei, die Krankenrolle zu festigen (IV-act. 210-26). Zur Konsistenz führt die Gutachterin aus, es habe sich ein Missverhältnis zwischen der geschilderten

Beschwerdeintensität und einer grossen Vagheit der Symptombeschreibung gezeigt. So habe die Beschwerdeführerin zwar häufig von "Depressionen" berichtet, aber nicht angeben können, was sie genau darunter verstehe und was sie in ihrer Leistungsfähigkeit einschränke. Der Krankheitsverlauf sei nicht sehr präzise geschildert worden, was aber auch mit der eher einfachen Strukturierung und bestehenden Zeitgitterstörungen zusammenhängen könne. Sie nehme die antidepressive Medikation unregelmässig ein und dränge nicht auf eine Optimierung oder Umstellung der Pharmakotherapie, obwohl sie noch psychische Symptome habe. Das psychosoziale Funktionsniveau im Alltag sei uneinheitlich. Die Beschwerdeführerin berichte zwar, dass sie den Haushalt nur mithilfe ihrer Familie und ihres Sohnes erledigen könne, telefoniere aber oft mit der Familie, habe Besuch von der Familie und von Freundinnen und gehe spazieren. Die Beschwerden seien appellativ vorgebracht worden. Die Beschwerdeführerin habe zu Beginn eine starre Mimik und einen leidenden Gesichtsausdruck gezeigt und nur mit leiser Stimme gesprochen. Im Verlauf der Begutachtung sei sie jedoch zeitweise sehr lebhaft geworden mit starkem Redebedarf und entspannter Mimik und Gestik. Als sie von der Schwägerin abgeholt worden sei, habe sie wieder ihre leidende Miene eingenommen. Die Angaben würden nicht von fremdanamnestischen Angaben abweichen. Zeitweise sei ein Gefühl des Unechten entstanden. Dies erkläre sich damit, dass sich die Beschwerdeführerin stark in eine Krankenrolle geflüchtet habe und sich daraus nur schwer und auch nur zeitweise befreien könne. Dann habe sie aber gelöst gewirkt und ihre aufgesetzte leidende Miene verloren. Insgesamt lägen Hinweise auf Aggravation, nicht aber auf Simulation vor (IV-act. 210-25 f.). Mit Blick auf die IV-fremden Belastungsfaktoren und die nicht vollends gegebene Konsistenz erscheint die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 75 % nachvollziehbar. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass Dr. B. \_\_\_ als behandelnder Arzt in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur Beschwerdeführerin steht, das heisst im Zweifelsfall eher zu deren Gunsten aussagen wird bzw. die subjektiv vorgetragene Beschwerden grundsätzlich nicht in Zweifel ziehen wird (Urteil des Bundesgerichts vom 27. September 2017, 8C\_295/2017, E. 6.4.2, mit weiteren Verweisen; BGE 135 V 470, E. 4.5). Es ist daher nachvollziehbar, dass seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf einer anderen Gewichtung der invaliditätsfremden Faktoren und der Inkonsistenzen beruht als diejenige der Gutachterin. Die vom behandelnden Dr. B. \_\_\_ geltend gemachten Schwankungen des Gesundheitszustandes bzw. der Arbeitsfähigkeit widersprechen der Aussage der Beschwerdeführerin, dass die Symptomatik durchgehend gleichförmig ohne Phasen der Verbesserung oder Verschlechterung verlaufen sei, wie die Gutachterin zu Recht festhält (IV-act. 210-20 f.). Dr. B. \_\_\_ diagnostizierte gemäss Arztbericht vom 28. April 2014 unter anderem eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F33.01/11). Er gab weiter an, er behandle die Beschwerdeführerin seit 26. September 2012. Es bestünden keine grösseren Störungen der mnestischen Funktionen, im formalen Denken sei die Beschwerdeführerin geordnet, aber verlangsamt, stark eingeengt auf ihre Ängste und Befürchtungen. Im Affekt sei sie deprimiert, die affektive Schwingungsfähigkeit sei reduziert, ein affektiver Rapport sei gut herstellbar. Eingeschränkt sei sie durch eine anhaltende körperliche Müdigkeit, rasche geistige Ermüdung, reduzierte Konzentrationsdauer, reduzierte geistige Flexibilität und eine reduzierte allgemeine psychische Belastbarkeit (IV-act. 119). Im Verlaufsbericht vom 18. Oktober 2016 führte er aus, es bestehe weiterhin ein unveränderter Zustand mit häufigen Stimmungseinbrüchen im Rahmen der allgemein reduzierten psychischen Belastbarkeit, mit Rückzugstendenzen,

anhaltenden Antriebsstörungen und negativer Zukunftsperspektive (IV-act. 161). Anlässlich der aktuellen Begutachtung wurde - anders als noch beim Vorgutachter (IV-act. 180-3) - eine tagsüber auftretende Erschöpfung explizit nicht mehr beklagt (IV-act. 210-10). Im Längsverlauf ist somit davon auszugehen, dass sich das Beschwerdebild zwar von Schmerzen und Erschöpfung in Richtung zunehmender Depressivität entwickelt hat. Dass es sich aber in gleicher Art und Intensität auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirkt und daher ab Juni 2012 eine 75%ige Arbeitsfähigkeit besteht, erscheint plausibel. Zusammenfassend erfüllt das Gutachten die Anforderungen der bundesgerichtlichen Rechtsprechung. Insbesondere beruht die gutachterliche Schätzung auf einer umfassenden Erhebung und Würdigung der Beschwerdeangaben und Befunde. Die Gutachterin hat den Unterschied zwischen leicht- und mittelgradiger depressiver Episode detailliert dargestellt. Die falsche und irreführende Kritik, die der RAD-Arzt Dr. C. \_\_\_ bezüglich der diagnostischen Abgrenzung erhoben hat (IV-act. 212), vermag die schlüssige und überzeugende psychiatrische Analyse nicht in Zweifel zu ziehen. Im Längsverlauf erscheint die 75%ige Arbeitsfähigkeit einleuchtend und die Abweichung zur Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. B. \_\_\_ ist nachvollziehbar mit dem Vorliegen IV-fremder Faktoren und seiner Stellung als behandelnder Arzt begründet (IV-act. 210-28 f.). Demnach ist auf das Gutachten abzustellen und seit Juni 2012 von einer 75%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die Beschwerdeführerin war zuletzt seit 29. Mai 2007 bis zur Operation am 15. September 2008 zu 100 % als Montagemitarbeiterin Fertigmontage bei der H. \_\_\_ AG tätig und erzielte dabei ein Einkommen von Fr. 35'490.-- (Angaben Arbeitgeberin vom 2. April 2009, IV-act. 10-3). Das durchschnittliche Einkommen gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE)/Lohnentwicklung des Bundesamtes für Statistik (BFS) betrug 2009 im Anforderungsniveau 4, Frauen, Fr. 52'457.-- (Informationsstelle AHV/IV, IV, Ausgabe 2015, Bern 2015, Anhang 2). Das Einkommen der Beschwerdeführerin lag somit rund 32 % unter dem Durchschnitt und ist somit bis zur Erheblichkeitsschwelle von 5 % zu parallelisieren, mithin um 27 % anzuheben (Urteil des Bundesgerichts vom 19. November 2012, 9C\_112/2012, E. 4.4; BGE 135 V 297 E. 5.1 und E. 6.1.2 f.). Es beträgt somit Fr. 45'072.--. Da anzunehmen ist, dass die Beschwerdeführerin ohne Eintritt des Gesundheitsschadens weiterhin an dieser Stelle geblieben wäre, entspricht dies dem Valideneinkommen (Urteil des Bundesgerichts vom 21. Dezember 2016, 8C\_728/2016, E. 3.1, mit weiteren Verweisen). Für die Bemessung des Invalideneinkommens ist vom genannten Tabellenlohn auszugehen. Entsprechend der Arbeitsfähigkeit von 75 % beträgt es ohne Tabellenlohnabzug Fr. 39'343.-- (75 % x Fr. 52'457.--). Daraus resultiert ein Invaliditätsgrad 12,7 %. Selbst wenn aufgrund der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin keine mit Verantwortung oder grossen Anforderungen an die geistige Leistungsfähigkeit verbundenen sowie taktgebundenen Fließbandarbeiten mehr ausführen kann, ein Tabellenlohnabzug von 10 % gewährt würde, hätte die Beschwerdeführerin bei einem Invaliditätsgrad von 21,4 % keinen Rentenanspruch. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. 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. Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind die Gerichtskosten vollumfänglich aufzuerlegen. Zufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist sie von der Bezahlung zu befreien. Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung der

Beschwerdeführerin. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat keine Kostennote eingereicht. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin pauschal mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. Die Beschwerdeführerin wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zufolge unentgeltlicher Rechtsverteistandung mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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