

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/14 vom 27. September 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-09-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2020_14

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/14 du 27 septembre 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/14 del 27 settembre 2021

Regeste

Art. 43 ATSG. Art. 45 ATSG. Art. 61 ATSG. Gerichtsgutachten (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. September 2021, IV 2020/14).

Volltext

Entscheid vom 27. September 2021 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiber Tobias Bolt Geschäftsnr. IV 2020/14 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Ehrenzeller, Engelgasse 214, 9053 Teufen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich im September 2000 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Sie gab an, dass sie keine Berufsausbildung absolviert und dass sie zuletzt als Hilfsarbeiterin gearbeitet habe. Im Auftrag der IV-Stelle erstattete die Fachstelle für Sozialpsychiatrie und Psychotherapie am 2. Oktober 2002 ein fachärztliches Gutachten (IV-act. 31). Die Sachverständigen hielten fest, die Versicherte leide an einer komplexen Schmerzsymptomatik, die wahrscheinlich im Zusammenhang mit einer Mononeuritis multiplex stehe, sowie an einer reaktiven depressiven Entwicklung mit einer Chronifizierung bei einer komplexen psycho-physischen Wechselwirkung. Die Arbeitsfähigkeit liege bei maximal 30 Prozent. Mit einer Verfügung vom 4. April 2003 sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Wirkung ab dem 1. September 2000 eine ganze Rente bei einem Invaliditätsgrad von 74 Prozent zu (IV-act. 37). Im Rahmen eines Revisionsverfahrens erstattete die medizinische Abklärungsstelle (MEDAS) Ostschweiz im Auftrag der IV-Stelle am 5. August 2010 ein polydisziplinäres Gutachten (IV-act. IV-act. 89). Die Sachverständigen führten aus, aus neurologischer Sicht sei die Versicherte wegen eines chronischen cervico-cephalen Schmerzsyndroms zu maximal 20 Prozent arbeitsunfähig. Die im September 1999 aufgetretene periphere Fascialisparese, die der Auslöser für die Entwicklung des Schmerzsyndroms gewesen sei, sei gut verheilt und nur noch leicht ausgeprägt vorhanden. Sie schränke die Arbeitsfähigkeit sicher nicht mehr ein. Die Hemihypästhesie der linken Gesichtshälfte sei nicht objektivierbar und ohnehin irrelevant für die Arbeitsfähigkeitsschätzung. Aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht seien lediglich noch geringfügige qualitative Einschränkungen wegen der Restbeschwerden im Bereich der oberen Sprunggelenke nach einem Stolpersturz im April 2010 anzugeben. In psychiatrischer Hinsicht habe sich der Zustand seit November 2002 deutlich verbessert. Sowohl klinisch als auch anamnestisch lasse sich keine depressive Störung mehr nachweisen. Aus polydisziplinärer Sicht könne deshalb lediglich noch eine Arbeitsunfähigkeit von 20 Prozent für leidensadaptierte Tätigkeiten attestiert werden. Mit

einer Verfügung vom 18. Oktober 2010 hob die IV-Stelle die laufende Invalidenrente auf (IV-act. 100). Am 29. September 2014 meldete sich die Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (IV-act. 134). Im Auftrag der IV-Stelle erstatteten der Psychiater Prof. Dr. B. ___ und der Orthopäde Dr. med. C. ___ am 20. September 2016 ein bidisziplinäres Gutachten (IV-act. 193). Die Sachverständigen hielten fest, die Versicherte leide an einer diskreten, altersentsprechenden Spondylose im Bereich der Halswirbelsäule ohne eine Funktionseinschränkung oder eine Radiculopathie, an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sowie an einer reaktiven, chronifizierten mittelgradigen depressiven Störung. Keine dieser Diagnosen wirke sich auf die Arbeitsfähigkeit aus. Sowohl aus psychiatrischer als auch aus orthopädischer Sicht sei der Gesundheitszustand seit der Begutachtung durch die MEDAS Ostschweiz unverändert geblieben. Mit einer Verfügung vom 6. Dezember 2016 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren der Versicherten ab (IV-act. 199). Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hob die Verfügung vom 6. Dezember 2016 mit einem Entscheid vom 18. Juli 2019 auf (IV 2017/34). Es hielt fest, das psychiatrische Gutachten von Prof. Dr. B. ___ sei widersprüchlich, denn obwohl sich seine Diagnosestellung nicht mit jener im psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS Ostschweiz decke, habe er angegeben, der psychische Gesundheitszustand der Versicherten sei unverändert geblieben. Offenkundig aktenwidrig sei auch die Angabe im Gutachten von Prof. Dr. B. ___, der psychische Gesundheitszustand der Versicherten sei im Jahr 2010 derselbe wie im Jahr 2002 gewesen. Die Behauptung, die „reaktive“ mittelgradige depressive Störung wirke sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus, sei von Prof. Dr. B. ___ nicht begründet worden. In psychiatrischer Hinsicht erweise sich der massgebende Sachverhalt damit als ungenügend abgeklärt, weshalb die Sache zur Fortsetzung der Sachverhaltsabklärung an die IV-Stelle zurückzuweisen sei. Die IV-Stelle erhob eine Beschwerde gegen den Rückweisungsentscheid IV 2017/34 vom 18. Juli 2019 und beantragte, dass das Versicherungsgericht verpflichtet werde, ein Gerichtsgutachten einzuholen, wobei sie darauf hinwies, dass sich das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen systematisch weigere, Gerichtsgutachten durchzuführen. Das Bundesgericht hiess diese Beschwerde mit einem Urteil vom 19. Dezember 2019 (8C_503/2019) gut und wies die Sache zur Einholung eines Gerichtsgutachtens an das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen zurück. Im März 2020 fragte das Versicherungsgericht den Psychiater Dr. med. D. ___ an, ob er einen allfälligen Auftrag, ein Gerichtsgutachten zu erstellen, annehmen werde (act. G 2). Mit einem Schreiben vom 1. April 2020 erklärte sich Dr. D. ___ bereit, einen solchen Auftrag anzunehmen (act. G 3). Das Versicherungsgericht teilte den Parteien am 2. April 2020 mit (act. G 4), dass es beabsichtige, Dr. D. ___ mit der Erstellung eines psychiatrischen Gerichtsgutachtens zu beauftragen und dass es ihm die folgenden Fragen stellen werde: (1) Diagnosen und Prognose? (2) Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin? (3) Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit? (4) Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen? (5) Mutmasslicher Beginn und Verlauf einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit? (6) Weitere Bemerkungen? Die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) beantragte am 9. April 2020 (act. G 5), dass Dr. D. ___ der Fragenkatalog des BSV unterbreitet werde respektive dass dieser zumindest angehalten werde, sich zu den vom Bundesgericht entwickelten „Standardindikatoren“ zu äussern. Zumindest sollte also im Auftrag festgehalten werden, dass das Gerichtsgutachten unter Berücksichtigung der Rechtsprechung gemäss den BGE 141 V 281 und 143 V 409 zu erstatten sei, was „erfahrungsgemäss der Praxis des

Versicherungsgerichtes in anderen Fällen mit Gerichtsgutachten“ entspreche. Die Versicherte (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) erklärte sich am 11. Mai 2020 mit dem geplanten Vorgehen einverstanden (act. G 6). Am 14. Mai 2020 beauftragte das Versicherungsgericht Dr. D. ___ mit der Erstellung eines fachärztlichen Gerichtsgutachtens (act. G 7). Am 26. Juli 2020 unterbreitete Dr. D. ___ einen Kostenvoranschlag (act. G 8), den das Versicherungsgericht am 28. Juli 2020 genehmigte (act. G 9). Am 25. August 2020 teilte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin dem Versicherungsgericht mit (act. G 10), dass er Dr. D. ___ gebeten hatte, eine Dolmetscherin aufzubieten, die E. ___ spreche und aus F. ___ stamme (act. G 10.1). Das Versicherungsgericht leitete eine Kopie des Schreibens zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin weiter (act. G 11). Am 6. Oktober 2020 informierte Dr. D. ___ das Versicherungsgericht darüber, dass er die Beschwerdeführerin zur ersten Untersuchung am 22. Oktober 2020 aufgeboten hatte (act. G 12 und G 12.1). Das Versicherungsgericht leitete eine Kopie des Schreibens zur Kenntnisnahme an die Parteien weiter (act. G 13). Am 25. Oktober 2020 orientierte Dr. D. ___ das Versicherungsgericht über sein Aufgebot zur zweiten Untersuchung am 3. November 2020, die notwendig geworden war, weil der Dolmetscheragentur ein Fehler unterlaufen war, der die erste Untersuchung verunmöglicht hatte (act. G 14 und G 14.1). Das Versicherungsgericht leitete eine Kopie des Schreibens zur Kenntnisnahme an die Parteien weiter (act. G 15). Auf eine telefonische Anfrage von Dr. D. ___ hin teilte das Versicherungsgericht dem Sachverständigen am 3. November 2020 mit (act. G 17), dass er weitere medizinische Abklärungen (wie etwa eine neuropsychologische Testung) ohne eine ausdrückliche spezifische Ermächtigung des Versicherungsgerichtes veranlassen könne, sofern und soweit er solche Abklärungen für die Beantwortung der gestellten Fragen als notwendig erachte. Am 16. November 2020 informierte Dr. D. ___ das Versicherungsgericht darüber, dass er die Beschwerdeführerin zu zwei weiteren Untersuchungen aufgeboten hatte (act. G 18, G 18.1 und G 18.2). Das Versicherungsgericht leitete je eine Kopie dieses Schreibens zur Kenntnisnahme an die Parteien weiter (act. G 19). Am 22. Dezember 2020 orientierte Dr. D. ___ das Versicherungsgericht über ein weiteres Aufgebot der Beschwerdeführerin (act. G 20 und G 20.1). Das Versicherungsgericht leitete eine Kopie dieses Schreibens zur Kenntnisnahme an die Parteien weiter (act. G 21). Am 25. Mai 2021 erkundigte sich der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin nach dem Verbleib des Gerichtsgutachtens (act. G 22). Das Versicherungsgericht teilte ihm mit, dass er eine Kopie des Gutachtens erhalten werde, sobald dieses beim Versicherungsgericht eingetroffen sei (act. G 23). Am 17. Juli 2021 erstattete Dr. D. ___ das psychiatrische Gerichtsgutachten (act. G 24). Er führte aus, er habe die Beschwerdeführerin dreimal drei Stunden persönlich untersucht und sie dann nochmals eine Stunde telefonisch befragt. In seinem Auftrag habe ein Neuropsychologe während zweieinhalb und nochmals knapp zweieinhalb Stunden neuropsychologische Tests durchgeführt. Anschliessend habe eine insgesamt eine Stunde dauernde interdisziplinäre Besprechung stattgefunden. Die Beschwerdeführerin habe sehr klagsam, jammerig und theatralisch im Sinne der Begrifflichkeiten des AMDP gewirkt. Sie habe ihre Beschwerden sehr ausführlich geschildert und sich dabei kaum unterbrechen lassen. Auf konkretisierende Nachfragen hin habe sie meistens vorbei geantwortet. Auf die Frage nach Ressourcen habe sie mit einer Schilderung ihrer Defizite geantwortet. Sie habe sich als eine Person präsentiert, die fast rund um die Uhr liege, wenig schlafe und nur selten etwas herumlaufe. Bei einer systematischen Abfrage der somatischen Symptome nach AMDP habe sie ausnahmslos alle abgefragten Symptome bejaht. Sie habe Auffassungs-, Konzentrations-, Merkfähigkeits-

und Gedächtnisstörungen präsentiert. Das formale Denken sei verlangsamt, leichtgradig umständlich und eingeengt auf die Beschwerden und Einschränkungen gewesen. Die Versicherte habe zu keinem Zeitpunkt ratlos, affektarm, affektstarr oder deprimiert gewirkt. Nur bei der Schilderung ihrer Beschwerden habe sie geweint und sich affektinkontinent und affektlabil gezeigt. In der neuropsychologischen Testung habe sie mehrheitlich unterdurchschnittliche Ergebnisse erzielt. Die durchgeführte Symptomvalidierung habe jedoch insgesamt das Vorliegen einer reduzierten Test-Compliance gezeigt, weshalb die Validität des kognitiven Leistungsprofils nicht gegeben sei. Aus neuropsychologischer Sicht seien eine nicht authentische Präsentation von kognitiven Minderleistungen und Hinweise auf übertriebene Schmerzangaben bei klinisch deutlich sichtbaren Müdigkeitszeichen am Nachmittag zu diagnostizieren. Aus psychiatrischer Sicht habe sich im aktuellen Querschnitt also ein gemischtes Bild von teils authentischen und teils nicht authentischen subjektiven Angaben und Beschwerdepräsentationen gezeigt. Im Längsschnitt seien die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin allerdings als überwiegend authentisch zu qualifizieren. Nach Massgabe der vorliegenden Akten, Berichte und der im Längs- wie im Querschnitt erhobenen Befunde könne trotz der infolge der Inkonsistenzen bestehenden Unsicherheiten von einer komplexen psychischen Störung ausgegangen werden, die nach DSM-5 als eine schwergradige chronifizierte somatische Belastungsstörung respektive nach ICD-10 als eine Somatisierungsstörung zu qualifizieren sei. Zudem leide die Versicherte an einer chronischen depressiven Störung mit einer aktuell höchstens mittelgradigen Ausprägung. Die angestammte Tätigkeit sei der Versicherten nicht mehr zumutbar. Retrospektiv bestehe diese Unzumutbarkeit seit spätestens dem Jahr 2014, da auf den Bericht der damals behandelnden Psychiaterin abgestützt werden könne. Eine ideal leidensadaptierte Tätigkeit mit kognitiv nicht anspruchsvollen Routinearbeiten, mit einem klaren vorgegebenen Rahmen, ohne direkten Kundenkontakt, ohne vorwiegende Arbeit in Gruppen sei der Versicherten halbtags, also insgesamt zu 50 Prozent zumutbar. Die Beschwerdegegnerin nahm am 12. August 2021 Stellung zum Gerichtsgutachten (act. G 26). Sie hielt fest, nach der bundesgerichtlichen Auffassung komme einem Gerichtsgutachten per se ein sehr hoher Beweiswert zu. Ein Arzt des IV-internen regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) habe das Gerichtsgutachten von Dr. D. ___ als überzeugend qualifiziert. Folglich sei auf das Gerichtsgutachten abzustellen. Die Beschwerdeführerin wies in ihrer Stellungnahme vom 6. September 2021 darauf hin (act. G 27), dass gestützt auf das Gutachten von Dr. D. ___ von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent spätestens ab April 2014 ausgegangen werden müsse. Bei der Invaliditätsbemessung sei ein „Leidensabzug“ von mindestens zehn Prozent zu berücksichtigen. Erwägungen Da dieses Beschwerdeverfahren – wie bereits das vorangegangene Beschwerdeverfahren IV 2017/34 – die Überprüfung der Verfügung vom 6. Dezember 2016 auf deren Rechtmässigkeit bezweckt, muss sein Gegenstand jenem des am 6. Dezember 2016 abgeschlossenen Verwaltungsverfahrens entsprechen. Zu prüfen ist also, ob die Beschwerdeführerin nach ihrer Neuanmeldung vom 29. September 2014 einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung gehabt hat. Gemäss dem Art. 28 Abs. 1 IVG hat eine versicherte Person, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern kann, die während eines Jahres ohne einen wesentlichen Unterbruch durchschnittlich 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen ist und die nach dem Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid ist, einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. Für die Bemessung der Invalidität ist gemäss dem Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit dem Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die

versicherte Person nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung sowie allfälliger Eingliederungsmassnahmen auf dem allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte, in Beziehung zu jenem Erwerbseinkommen zu setzen, das sie erzielen könnte, wenn sie gesund geblieben wäre. Die Beschwerdeführerin hat keine Berufsausbildung absolviert. Sie ist vor dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung als Hilfsarbeiterin tätig gewesen. Ihre (valide) Erwerbsfähigkeit hat jener einer typischen Hilfsarbeiterin entsprochen, weshalb das Valideneinkommen dem statistischen Zentralwert der Hilfsarbeiterinnenlöhne entspricht. Für die Bestimmung des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens ist entscheidend, welche Tätigkeiten der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht in welchem Umfang zumutbar sind. An sich wäre die Frage nach der sogenannten „medizinisch-theoretischen“ Arbeitsfähigkeit in freier Beweiswürdigung anhand sämtlicher medizinischer Akten zu beantworten, was bedeutet, dass nicht die Herkunft oder die Art des einzelnen Beweismittels, sondern allein dessen Inhalt oder „innere“ Überzeugungskraft massgebend sein müsste. Nach der bundesgerichtlichen Auffassung lässt sich jedoch eine schematische Abstufung des Beweiswertes von medizinischen Berichten anhand der Herkunft solcher Berichte mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbaren (statt vieler: BGE 125 V 351). Das Bundesgericht unterscheidet vier „Klassen“ von medizinischen Berichten: Berichte von behandelnden Ärzten („vierte Klasse“) verfügen generell nur über einen sehr eingeschränkten Beweiswert, weil bei deren Würdigung der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden muss, dass behandelnde Ärzte wegen ihrer auftragsrechtlichen Stellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten berichten (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353 mit Hinweisen); auf Berichte von versicherungsinternen medizinischen Sachverständigen („dritte Klasse“) kann dagegen generell abgestellt werden, sofern nicht Zweifel an deren Überzeugungskraft bestehen, wobei allerdings bereits geringe Zweifel genügen (BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471 mit Hinweisen); von einem Administrativgutachten eines versicherungsexternen medizinischen Sachverständigen („zweite Klasse“) darf nach der bundesgerichtlichen Auffassung nur abgewichen werden, wenn konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353 mit Hinweisen); von einem Gerichtsgutachten („erste Klasse“) darf schliesslich nicht ohne zwingende Gründe abgewichen werden (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Art. 43 N 64, mit Hinweisen; Urteil IV 2018/409 des St. Galler Versicherungsgerichtes vom 17. Juni 2020, E. 2.4 f.). Beim Gutachten von Dr. D.____ vom 17. Juli 2021 handelt es sich um ein Gerichtsgutachten und damit um ein Beweismittel, dem nach der bundesgerichtlichen Auffassung per se ein sehr hoher Beweiswert zukommt („erste Klasse“) respektive von dem nicht ohne einen zwingenden Grund abgewichen werden darf. Die RAD-Stellungnahme zum Gutachten ist irrelevant, weil es sich dabei nur um ein Beweismittel „dritter Klasse“ handelt. Der Sachverständige Dr. D.____ hat die Vorakten gewürdigt, er hat die Beschwerdeführerin eingehend persönlich untersucht, er hat die objektiven klinischen Befunde erhoben und festgehalten und er hat 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. Deshalb ist darauf abzustellen und davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2014 selbst für ideal leidensadaptierte Tätigkeiten zu 50 Prozent arbeitsunfähig gewesen ist. Da der Ausgangswert des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens dem statistischen Zentralwert der Hilfsarbeiterinnenlöhne und damit

auch dem Valideneinkommen entspricht, kann der Betrag bei der Berechnung des Invaliditätsgrades mathematisch keine Rolle spielen. Die Bemessung der Invalidität kann also anhand eines sogenannten Prozentvergleichs erfolgen, das heisst der Invaliditätsgrad entspricht dem Arbeitsunfähigkeitsgrad, allenfalls korrigiert um einen dem sogenannten Tabellenlohnabzug analogen Abzug. Hier könnte jedenfalls ein höherer Abzug als 15 Prozent nicht gerechtfertigt werden, weshalb der Invaliditätsgrad (maximal) 57,5 Prozent betragen kann ($= 100\% - 85\% \times 50\%$). Gemäss dem Art. 28 Abs. 2 IVG besteht folglich ein Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung. Gemäss den Ausführungen von Dr. D. ___ kann bezüglich des Beginns der Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent für leidensadaptierte Tätigkeiten auf den Bericht der behandelnden Psychiaterin vom 26. Juni 2014 abgestellt werden (vgl. IV-act. 137). Diese hatte die Beschwerdeführerin vor der Erstellung jenes Berichtes zweimal untersucht, weshalb davon auszugehen ist, dass die Beschwerdeführerin bereits (spätestens) im Mai 2014 zu 50 Prozent arbeitsunfähig selbst für leidensadaptierte Tätigkeiten gewesen sein musste. Das sogenannte Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG hat also spätestens am 30. April 2015 geendet. Die Beschwerdeführerin hat sich bereits am 29. September 2014 zum Rentenbezug angemeldet, weshalb der Rentenanspruch gemäss dem Art. 29 Abs. 1 IVG bereits am 1. März 2015 hätte entstehen können, als das Wartejahr noch nicht abgelaufen gewesen ist. Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin für die Zeit ab dem 1. Mai 2015 einen Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung hat. Da die Beschwerdegegnerin noch keine Abklärungen bezüglich des „AHV-rechtlichen“ Teils des Sachverhaltes getätigt hat, kann das Versicherungsgericht nicht abschliessend entscheiden, weshalb sich die Auffassung des Bundesgerichtes, mit einem Gerichtsgutachten lasse sich jeweils sofort ein „Endentscheid“ herbeiführen, für den vorliegenden Fall als unzutreffend erweist. Die Sache ist zur Berechnung der Rentenbeträge an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Dieser Verfahrensausgang gilt hinsichtlich der Kosten- und Entschädigungsfolgen als ein vollständiges Obsiegen der Beschwerdeführerin. Die angesichts des weit überdurchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf den Maximalbetrag von 1'000 Franken festzusetzenden Gerichtskosten sind der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der Beschwerdeführerin wird der von ihr geleistete Kostenvorschuss für die Gerichtskosten von 600 Franken zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat auch die Kosten des Gerichtsgutachtens von 3'313.45 Franken (vgl. act. G 24.7) zu bezahlen. Ausserdem hat sie der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung auszurichten. Der erforderliche Vertretungsaufwand ist mit Blick auf die gerichtliche Begutachtung als weit überdurchschnittlich zu qualifizieren. In einer Plenarsitzung vom 25. Mai 2021 haben die Versicherungsrichterinnen und Versicherungsrichter beschlossen, die durchschnittlichen Ansätze für die Parteientschädigung um 500 Franken, für einen durchschnittlichen IV-Rentenfall also von 3'500 Franken auf 4'000 Franken, zu erhöhen. Aus Praktikabilitätsgründen soll diese Praxisänderung sofort auf alle noch hängigen Fälle Anwendung finden. Da die vorliegende Beschwerde nach dem 25. Mai 2021 beurteilt wird, gilt der neue Ansatz. Unter Berücksichtigung des weit überdurchschnittlichen Aufwandes für die Rechtsvertretung ist die Parteientschädigung auf 6'000 Franken (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin mit Wirkung ab dem 1. Mai 2015 einen Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung hat; die Sache wird zur Festsetzung der Rentenbeträge an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von 1'000 Franken zu bezahlen; der

Beschwerdeführerin wird der von ihr im Verfahren IV 2017/34 geleistete Kostenvorschuss von 600 Franken zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat die Kosten des Gerichtsgutachtens von 30'313.45 Franken zu bezahlen. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin mit 6'000 Franken zu entschädigen.

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