

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2022/101 vom 9. Februar 2023

Sg Versicherungsgericht, 2023-02-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2022_101

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2022/101 du 9 février 2023

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2022/101 del 9 febbraio 2023

Regeste

Art. 28 Abs. 1 IVG. Art. 16 ATSG. Rente der Invalidenversicherung. Würdigung von Administrativgutachten. Unbeantwortet gebliebene Rückfrage an den Sachverständigen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. Februar 2023, IV 2022/101).

Volltext

Entscheid vom 9. Februar 2023 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiber Tobias Bolt Geschäftsnr. IV 2022/101 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Irja Zuber, c/o Procap Schweiz, Frohburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich im Mai 2017 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Sie gab an, sie habe in ihrem Herkunftsland eine Berufslehre zur Näherin absolviert, aber nicht abgeschlossen. Aktuell arbeite sie im Stundenlohn als „Office-Mitarbeiterin“. Die Klinik B.____ hatte im Februar 2017 berichtet (IV-act. 12–1 ff.), die Versicherte habe sich vom 19. Oktober 2016 bis zum 8. November 2016 in einer stationären psychiatrischen Behandlung befunden. Sie leide an einer bipolaren affektiven Psychose mit einer gegenwärtig gemischten Episode, an einem Abhängigkeitssyndrom von Tabak, an einer Hypothyreose sowie an einer benignen essentiellen Hypertonie. Die Versicherte habe die stationäre Behandlung entgegen der Empfehlung der behandelnden Ärzte vorzeitig abgebrochen, um ihre angestammte Tätigkeit wieder aufzunehmen. Vom 12. April 2017 bis zum 8. Mai 2017 war die Versicherte erneut stationär in der Klinik B.____ behandelt worden. Im Austrittsbericht vom 11. Mai 2017 hielt die Klinik fest (IV-act. 12–7 ff.), die Versicherte leide an einer bipolaren affektiven Psychose mit einer gegenwärtig schweren depressiven Episode und psychotischen Symptomen sowie an einer Hypothyreose. Zudem bestehe der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung. Im Juli 2017 berichtete Dr. med. C.____ vom Psychiatrie-Zentrum D.____ (IV-act. 19), die Versicherte leide an einer bipolaren affektiven Störung mit einer gegenwärtig schweren depressiven Episode und psychotischen Symptomen sowie an einer posttraumatischen Belastungsstörung. Aktuell sei ein Arbeitsversuch am angestammten Arbeitsplatz in einem niedrigen Pensum geplant. Prognostisch sei eine Steigerung des Pensums auf 50 Prozent innerhalb der nächsten Monate möglich. Mit einer Mitteilung vom 9. Februar 2018 erteilte die IV-Stelle eine Kostengutsprache für einen dreimonatigen Arbeitsversuch am angestammten Arbeitsplatz mit Taggeldanspruch (IV-act. 55). Die Arbeitgeberin schloss in der Folge mit der Versicherten einen neuen Arbeitsvertrag ab (vgl. IV-act. 83). Mit einer Mitteilung vom 24.

Mai 2018 schloss die IV-Stelle deshalb das Verfahren betreffend weitere berufliche Massnahmen ab (IV-act. 84). Im Auftrag der Krankentaggeldversicherung erstattete das Neurologicum Zürichsee am 21. Juni 2018 ein bidisziplinäres psychiatrisches und orthopädisches Gutachten (Fremdakten). Der psychiatrische Sachverständige PD Dr. med. E.____ hielt fest, die Versicherte sei bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen. Wesentliche Merkfähigkeits- oder Gedächtnisstörungen seien nicht aufgefallen. Das formale Denken sei ungestört gewesen. Anhaltspunkte für eine Wahnwahrnehmung, für eine Wahnstimmung, für manifeste Wahninhalte, für Halluzinationen, für illusionäre Verkennungen, für eine Derealisation oder Depersonalisation, für eine Gedankenausbreitung, für einen Gedankenentzug oder für vergleichbare pathologische Phänomene hätten nicht festgestellt werden können. Durchgehend habe aber eine mindestens mittelschwer ausgeprägte Depressivität bestanden. Der Antrieb und die Psychomotorik seien deutlich reduziert gewesen. Retrospektiv sei von einer seit mindestens dem Jahr 2011 bestehenden, durchgehenden, überwiegend nicht deutlicher in Episoden untergliederten, anhaltenden Depressivität im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig mindestens mittelschweren Ausprägung auszugehen. Differentialdiagnostisch sei an eine bipolare Störung zu denken. Die im Mai 2017 erstmals gestellte Diagnose einer subsyndromalen posttraumatischen Belastungsstörung sei ebenfalls zu bestätigen. Die streckenweise wohl massiv traumatische Kindheit mit schweren Gewalterfahrungen und Zeugenschaft von Missbrauchshandlungen lebe noch heute in Bildern und intrusiven Erinnerungen fort, führe erkennbar zu einer erheblichen Beeinträchtigung und unterhalte die bestehende Depressivität. Die Versicherte leide an einer ausgeprägten psycho-physischen Erschöpfung, die im Rahmen der affektiven Grunderkrankungen zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führe. Die Prognose sei angesichts des bisherigen Verlaufs nur kurzfristig günstig, denn zwar erscheine es als möglich, dass sich die Stimmung vorübergehend verbessere, eine durchgreifende Besserung der psychischen Situation sei aber zunächst nicht in Aussicht. Eine Arbeitsfähigkeit von mehr als 30 Prozent sei zumindest für die nächsten drei Monate nicht realistisch. Die orthopädische Sachverständige Dr. med. F.____ führte aus, der (im Gutachten ausführlich beschriebene) objektive klinische Befund sei weitestgehend unauffällig gewesen. Die Versicherte leide an wiederkehrenden unspezifischen Schmerzen in beiden Hüften und im Steissbein sowie an einem Hallux valgus links. Diese Diagnosen wirkten sich „kaum limitierend“ auf die Arbeitsfähigkeit aus. Aus orthopädischer Sicht sei die Versicherte uneingeschränkt arbeitsfähig. In einem Fragebogen gab die Versicherte im Juni 2018 an, sie wäre ohne die Gesundheitsbeeinträchtigung vollzeitig erwerbstätig (IV-act. 87). Im Auftrag der IV-Stelle erstattete das Neurologicum Zürichsee am 4. April 2019 ein weiteres bidisziplinäres Gutachten (IV-act. 100). Die orthopädische Sachverständige Dr. F.____ hielt fest, aus orthopädischer Sicht sei die Versicherte uneingeschränkt arbeitsfähig. Der psychiatrische Sachverständige Dr. med. G.____ führte aus, die Versicherte habe einen gut gepflegten und nicht übermässig gestressten Eindruck hinterlassen. Der Händedruck sei sowohl bei der Begrüssung als auch bei der Verabschiedung normal kräftig, die Hand trocken gewesen. Die Versicherte habe sich durchgehend mit intensiven, jedoch sehr kurzlebigen Affekten präsentiert und sich sonst in einem relevanten Ausmass demonstrativ gezeigt. Die Stimme sei die meiste Zeit leise und murmelnd gewesen. Die mimischen und gestischen Reaktionen seien durchgehend lebhaft gewesen. Die Schilderungen seien in einem starken Ausmass defizitorientiert, die Angaben zum Tagesablauf, den Beschwerden und dem Verlauf der Behandlung fragmentär gewesen.

Auch wiederholte, präzisierende Nachfragen hätten keinen Informationsgewinn gebracht. Bei bewusst konfrontativ geführten Gesprächsabschnitten habe sich die Versicherte, wie auch sonst im Gespräch, als zumindest durchschnittlich frustrationstolerant, zumindest sthenisch und ausdauernd gezeigt. Ermüdungserscheinungen seien während des zweieinhalb Stunden dauernden Gesprächs nicht zum Vorschein gekommen. Ein übermässiges Schmerzempfinden habe ebenso wenig wie ein Hyperarousal beobachtet werden können. Defizite in den Bereichen Mnestik, Konzentrationsfähigkeit, Merkfähigkeit sowie Fähigkeit zum abstrakten Denken hätten nicht festgestellt werden können; die Auffassungsgabe habe herabgesetzt imponiert. Affektiv sei die Versicherte mittelgradig bis stark klagsam, aber nicht deprimiert gewesen. Eine Affektarmut, eine Affektstarre, eine Dysphorie, ein Wahn, eine Sinnestäuschung, eine Ich-Störung, eine Phobie, eine paroxysmale Angst oder ein Zwang hätten nicht festgestellt werden können. Die Antriebslage sei psychomotorisch intakt gewesen. Das bisherige Assessment des psychischen Zustandsbildes müsse als unzureichend qualifiziert werden. In den vorliegenden Berichten fänden sich keine Hinweise auf eindeutige manische oder hypomane Episoden. Auf welcher Grundlage die Diagnose einer bipolaren Störung gestellt worden sei, lasse sich nicht nachvollziehen. Es könne lediglich vermutet werden, dass die von der durch das Verhalten der Versicherten irritierten Tochter einmalig berichtete, angedeutete Umtriebigkeit diagnostisch überbewertet worden sei. Überwiegend wahrscheinlich habe die Versicherte in der Vergangenheit vor dem Hintergrund ihrer histrionen Persönlichkeitsakzentuierung wiederholt Anpassungsstörungen mit einer depressiven Symptomatik erlebt. Die differentialdiagnostische Aufgabe der bisherigen Behandler sei durch die histrione Neigung, auf emotionale Belastungen mit appellativen Handlungen zu reagieren, erheblich erschwert gewesen. Charakteristischerweise habe die Versicherte von einer guten Wirksamkeit von unspezifischen Behandlungsmethoden und von einer geringen bis ausbleibenden Wirksamkeit der störungsspezifischen Interventionen berichtet. Aktuell habe sie kein affektives Syndrom und insbesondere keine authentischen Defizite in den Bereichen Affektivität, Psychomotorik und Hedonie präsentiert. Da nicht vollends ausgeschlossen werden könne, dass sie in der Vergangenheit mindestens eine depressive Episode erlebt habe, sei formell die Diagnose einer remittierten depressiven Episode zu stellen. Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherte uneingeschränkt arbeitsfähig. Die im Bericht der Klinik B. ___ vom 10. Februar 2017 erwähnte Austrittsmedikation werfe Fragen auf. Selbst wenn von einer bipolaren affektiven Störung auszugehen wäre, was allerdings mangels einer nachgewiesenen manischen Episode nicht der Fall sei, sei die als polyforme Pharmazie imponierende und der ursprünglichen Diagnosestellung kaum entsprechende Psychopharmakotherapie gemäss den Leitlinien des Arzneimittelkompendiums als wenig funktional, teilweise kontraindiziert und potentiell gefährlich zu qualifizieren. Die Angaben im Bericht liessen auf das Vorliegen einer leichtgradig ausgeprägten, gemischten Episode schliessen, wobei bald nach dem Eintritt nur eine depressive Symptomatik sichtbar gewesen sei. Die Diagnosestellung sei deshalb nicht nachvollziehbar. Ebenso wenig nachvollziehbar sei das Attest einer Arbeitsunfähigkeit, da beim Austritt bis auf eine leichte Depressivität keinerlei Besonderheiten oder Ausfälle aufgefallen seien. Die Ausführungen im Bericht der Klinik B. ___ vom 11. Mai 2017 müssten als zumindest ungewöhnlich bezeichnet werden. Ein Stimmungsstabilisator sei erst nach dem Austritt abgegeben worden, nachdem die Versicherte in einem Fragebogen Angaben gemacht habe, die auf eine Eigengefährdung hingedeutet hätten. Die Behauptung, nur wenige Tage nach der Installation der Lithium-Behandlung seien die Suizidgedanken

verschwunden, wecke Zweifel an der Sorgfältigkeit der Verarbeitung von kausalen Zusammenhängen in der fachpsychologischen Fallführung. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung sei nicht leitliniengerecht hergeleitet worden. Vor dem Austritt sei der Lithiumspiegel nicht gemessen worden, was den Eindruck eines eher beliebigen Umgangs mit pharmakotherapeutischen Substanzen verstärke. Für die im Bericht des Psychiatrie-Zentrums H. ___ vom 20. Februar 2018 erwähnte Persönlichkeitsakzentuierung hätten keinerlei Anhaltspunkte bestanden. Die Voreinschätzung der Klinik B. ___ sei ignoriert worden. Die Beschreibung von tageweise erheblichen Schwankungen in der Leistungsfähigkeit entspreche nicht dem Regelfall bei einer affektiven Störung. Im Falle einer depressiven Episode wären eine kontinuierliche Herabsetzung der Leistungsfähigkeit und eine Beeinträchtigung der Befindlichkeit zu beobachten gewesen. Die unerklärlichen Schwankungen der Leistungsfähigkeit seien auf versicherungsfremde Faktoren zurückzuführen. Im April 2019 notierte der Psychiater med. pract. I. ___ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD), das Gutachten des Neurologicum Zürichsee sei überzeugend, weshalb auf es abzustellen sei (IV-act. 101). Mit einem Vorbescheid vom 23. April 2019 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie die Abweisung des Rentenbegehrens mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades vorsehe (IV-act. 104). Dagegen liess die Versicherte am 29. Mai 2019 einwenden (IV-act. 108–1 f.), die beiden psychiatrischen Sachverständigen PD Dr. E. ___ und Dr. G. ___ seien zu völlig unterschiedlichen Schlussfolgerungen gelangt. Offenbar hänge der Rentenanspruch einfach davon ab, von welchem Arzt man begutachtet werde. Der behandelnde Psychiater Dr. C. ___ hatte am 28. Mai 2019 festgehalten (IV-act. 108–5 ff.), die Diagnose einer bipolaren affektiven Störung sei tatsächlich nicht hinreichend gesichert. Im Verlauf der Behandlung seien allerdings mehrere depressive Episoden aufgetreten, weshalb eine rezidivierende depressive Störung zu diagnostizieren sei. Die depressive Störung sei aktuell remittiert, aber diese Störung sei ohnehin nicht ursächlich für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Versicherte leide nämlich an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden und abhängigen Anteilen. Die Bewältigung des aktuellen Pensums von 40 Prozent erfordere von der Versicherten aufgrund der Persönlichkeitsstörung einen erheblichen Energieaufwand. Deshalb sei die Versicherte nach der Arbeit immer sehr erschöpft; sie benötige jeweils mehrere Tage zur Regeneration. Am 5. Juli 2019 forderte die IV-Stelle Dr. G. ___ auf, sich vertieft mit dem psychiatrischen Teilgutachten von PD Dr. E. ___ auseinander zu setzen (IV-act. 114). Am 23. November 2019 hielt Dr. G. ___ fest (IV-act. 118), die beiden Untersuchungen durch ihn und PD Dr. E. ___ hätten im Abstand von fünf Monaten stattgefunden, während denen die Versicherte intensiv psychiatrisch behandelt worden sei, sodass durchaus von einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes in dieser Zeit ausgegangen werden könne. Für die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung fehle aber jegliche Grundlage. Von der Versicherten seien in der Untersuchung zum aktuellen Gutachten nicht mehrere, durch Remissionen voneinander getrennte depressive Episoden geschildert worden, was für die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung die *conditio sine qua non* darstelle. Auch in den medizinischen Akten fänden sich keine entsprechenden Hinweise. Der Umstand, dass die geschilderte, in der Vergangenheit punktuell aufgetretene Beeinträchtigung der Befindlichkeit meist in Verbindung mit Belastungssituationen aufgekommen sei und dass die ungünstige Wechselwirkung von widrigen psychosozialen Umständen mit hormonellen Störungen (die Versicherte habe lange Jahre unter einer unbehandelten Schilddrüsenunterfunktion gelitten) für solche Störungen der Befindlichkeit

eine weitaus besser Erklärung anbieten könne als die Vermutung einer rezidivierenden depressiven Störung, sei von PD Dr. E. ___ nicht ausreichend gewürdigt worden. Zu beachten sei auch, dass der psychopathologische Befund im Gutachten von PD Dr. E. ___ nicht AMDP-konform erhoben worden sei. Die fehlende Unterscheidung zwischen beklagten und beobachtbaren Momenten des Befundes setze die Qualität des Assessments derart erheblich herab, dass eine reliable Beurteilung von einzelnen Störungskriterien nach ICD-10 nicht möglich sei. Im aktuellen Gutachten sei eingehend begründet worden, weshalb die Eingangskriterien einer Persönlichkeitsstörung als nicht erfüllt anzusehen seien. Die anderslautende Behauptung von Dr. C. ___, die Versicherte leide an einer Persönlichkeitsstörung, sei unzutreffend, denn die von Dr. C. ___ angeführten Kriterien entsprächen nicht vollständig den Eingangskriterien für eine Persönlichkeitsstörung nach ICD-10. Der RAD-Arzt I. ___ erachtete diese Ausführungen als überzeugend (IV-act. 120). Der Psychiater Dr. C. ___ wandte am 10. Januar 2020 ein, die Ausführungen von Dr. G. ___ seien aus psychiatrischer Sicht nicht stichhaltig (IV-act. 123–4 f.). Vom 8. Oktober 2019 bis zum 11. Oktober 2019 hatte sich die Versicherte erneut in der Klinik B. ___ befunden. Diese hatte am 4. November 2019 berichtet (IV-act. 126), die Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig schweren Episode ohne psychotische Symptome, an einer Hypothyreose, an einer mittelschweren Aortenklappeninsuffizienz sowie an einem Status nach einem Suizidversuch durch Medikamentenintoxikation, bei dem es sich anamnestisch um den vierten Suizidversuch gehandelt habe. Die Versicherte habe sich bereits zum sechsten Mal in der Klinik B. ___ befunden. Sie habe angegeben, dass ihr Arbeitsverhältnis im Juli 2019 gekündigt worden sei, was zu einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes geführt habe. Die IV-Stelle beauftragte das Neurologicum Zürichsee am 12. März 2020 mit einer psychiatrischen Verlaufsbegutachtung (IV-act. 144). Am 30. April 2021 erstattete Dr. G. ___ das von der IV-Stelle in Auftrag gegebene Verlaufsgutachten (IV-act. 167). Er hielt fest, die Versicherte habe keine objektiven Anzeichen einer vermehrten Stressbelastung gezeigt. Ihr Verhalten sei durchgehend appellativ, demonstrativ bis hin zu theatralisch gewesen. Die Affektpräsentationen seien jeweils intensiv, jedoch sehr kurzlebig gewesen. Die Versicherte sei allseits orientiert, wach, formalgedanklich geordnet, kohärent, nicht verlangsamt und nicht eingengt gewesen. Sie habe starke kognitiv-mnestischen Defizite beklagt. Bei der detaillierten Prüfung hätten aber keine authentischen Defizite in den Bereichen Mnestik, Konzentrationsfähigkeit oder Merkfähigkeit festgestellt werden können. Die Fähigkeit zum abstrakten Denken und die Auffassungsgabe hätten herabgesetzt imponiert. Affektiv sei die Versicherte mittelgradig klagsam, aber nicht deprimiert gewesen. Eine Affektarmut, eine Affektstarre, eine Dysphorie, eine Ängstlichkeit, ein Wahn, eine Sinnestäuschung oder eine Ich-Störung hätten nicht festgestellt werden können. Die Versicherte habe aber elementare akustische Trugwahrnehmungen geschildert. Eine Phobophobie sei nicht angegeben worden, die Versicherte habe aber ein sehr seltenes Auftreten (maximal zweimal pro Jahr) von paroxysmalen Zuständen mit vegetativen Begleiterscheinungen beschrieben. Die Antriebslage sei psychomotorisch intakt gewesen. Insbesondere habe keine erhöhte Müdigkeit festgestellt werden können. Gesamthaft sei das objektive klinische Bild weitestgehend mit jenem in der Voruntersuchung identisch gewesen. Den einzigen Unterschied hätten neu beklagte „Panikattacken“ gebildet. Die Kriterien für die Diagnose einer Panikstörung seien nicht erfüllt; die diagnostische Grenze sei eindeutig unterschritten. Nach wie vor liege keine psychische Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vor. Der RAD-Arzt I. ___ qualifizierte das Gutachten als überzeugend (IV-act. 169). Mit einem

Vorbescheid vom 2. Juni 2021 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie nach wie vor die Abweisung des Rentenbegehrens mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades vorsehe (IV-act. 172). Dagegen liess die Versicherte am 5. Juli 2021 sinngemäss einwenden, das Gutachten von Dr. G.____ überzeuge nicht (IV-act. 175–1). Zur Begründung reichte sie einen Bericht von Dr. C.____ vom 5. Juli 2021 ein (IV-act. 175–2 f.). Dieser hatte festgehalten, nach einer jahrelangen intensiven Behandlung seien die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung und einer Persönlichkeitsstörung als gesichert anzusehen. Die Versicherte sei zu 60 Prozent arbeitsunfähig. Der RAD-Arzt I.____ qualifizierte diese Ausführungen als nicht überzeugend, empfahl aber, eine Stellungnahme von Dr. G.____ dazu einzuholen (IV-act. 176). Eine entsprechende Rückfrage der IV-Stelle (vgl. IV-act. 185) wurde von Dr. G.____ nicht beantwortet (vgl. IV-act. 194). Der RAD-Arzt I.____ notierte am 4. April 2022, er sei nach wie vor der Ansicht sei, dass die Ausführungen von Dr. C.____ keinen Zweifel am Gutachten von Dr. G.____ weckten (IV-act. 197). Mit einer Verfügung vom 30. Mai 2022 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren ab (IV-act. 204). Am 30. Juni 2022 liess die Versicherte (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 30. Mai 2022 erheben (act. G 1). Ihre Rechtsvertreterin beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, die Zusprache einer Invalidenrente sowie eventualiter die Rückweisung der Sache an die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) zu weiteren Abklärungen. Zudem beantragte sie die unentgeltliche Rechtspflege. Zur Begründung führte sie aus, die Beschwerdegegnerin habe die Grundsätze, die ein faires Verfahren gewährleisten sollten, „mit Füßen getreten“. Die Einschätzung eines unzuverlässigen Gutachtens sei „auf absurde Weise“ über die Stellungnahmen der während Jahren involvierten behandelnden Fachärzte und eines Vorgutachters gestellt worden. Der Antrag auf ein Obergutachten durch einen anderen Sachverständigen sei „ignoriert“ worden. Der kritisierte Sachverständige habe seine Stellungnahme nun so lange gerechtfertigt, bis ihm scheinbar die Argumente ausgegangen seien. Trotz mehrmaliger Versprechen habe er nicht mehr zur Kritik Stellung genommen. Zusammenfassend bestünden erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit des Gutachtens von Dr. G.____. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 10. August 2022 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung führte sie an, im Gegensatz zum Gutachten von PD Dr. E.____ erfüllten die beiden Gutachten von Dr. G.____ die bundesgerichtlichen Anforderungen an eine beweiswerte medizinische Entscheidungsgrundlage. Der RAD habe dies in mehreren eingehenden Stellungnahmen mit einer ausführlichen Begründung bestätigt bestätigt. Dass sich Dr. G.____ auf die letzte Rückfrage nicht mehr gemeldet habe, sei zwar „unglücklich“ und hinterlasse „einen schlechten Eindruck“, mindere den Beweiswert des Gutachtens aber nicht. Die Rückfrage wäre nämlich gar nicht nötig gewesen. Am 17. August 2022 wurde der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt (act. G 5). Die Beschwerdeführerin liess am 19. Oktober 2022 an ihren Anträgen festhalten (act. G 9). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 11). Erwägungen Da sich der Zweck dieses Beschwerdeverfahrens in der Überprüfung der angefochtenen Verfügung auf deren Rechtmässigkeit erschöpft, muss sein Gegenstand jenem des vorangegangenen Verwaltungsverfahrens entsprechen. Dieses hat sich nach dem Abschluss des Verfahrens betreffend berufliche Massnahmen am 24. Mai 2018 auf die Prüfung des Rentenbegehrens beschränkt. Folglich ist auch in diesem Beschwerdeverfahren ausschliesslich zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin für die Zeit ab dem 1. November 2017 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. In verfahrensrechtlicher Hinsicht stellt sich die Frage nach der

Rechtmässigkeit des Vorgehens der Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit der Rückfrage an Dr. G. ___ nach dem Eingang des Verlaufsgutachtens vom 30. April 2021. Das entsprechende Schreiben an Dr. G. ___ muss nämlich als eine verfahrensleitende („Zwischen-“) Verfügung qualifiziert werden, die den Entscheid beinhaltet hat, eine bestimmte Beweismassnahme (Rückfrage an den Sachverständigen) durchzuführen. Der Umstand, dass die Beschwerdegegnerin ihr Schreiben nicht als eine Verfügung bezeichnet und auch nicht mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen hat, ändert nichts an der Natur der Rückfrage, die ganz eindeutig einen Beweisbeschluss beinhaltet hat und folglich eine verfahrensleitende Verfügung gewesen sein muss. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Rückfrage nicht in das formelle Gewand einer Verfügung kleiden müssen, denn dieser Beweisbeschluss hat zum Vorneherein keinen nicht wieder gut zu machenden Nachteil bewirken können, weshalb auf eine Beschwerde gegen sie nicht eingetreten worden wäre. Das Beweismittel – die Antwort von Dr. G. ___ – wäre nämlich bei der materiellen Prüfung der verfahrensabschliessenden Rentenverfügung frei zu würdigen gewesen. Nachdem Dr. G. ___ auf mehrere Rückfragen nicht reagiert hatte, hat die Beschwerdegegnerin beschlossen, nicht weiter zuzuwarten, sondern das Verwaltungsverfahren ohne zusätzliche Ausführungen von Dr. G. ___ abzuschliessen. Auch dieser Entscheid muss als eine verfahrensleitende Verfügung qualifiziert werden, denn wenn der Beschluss, eine Beweismassnahme durchzuführen, eine verfahrensleitende Verfügung ist, kann der Beschluss, eine Beweismassnahme (nun doch) nicht durchzuführen, ebenfalls nichts anderes als eine verfahrensleitende Verfügung sein. Auch der Entscheid, auf die Beantwortung der Rückfrage zu verzichten, hat keinen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirkt, denn bei der Würdigung des Gutachtens von Dr. G. ___ im Zusammenhang mit der verfahrensabschliessenden („definitiven“) Rentenverfügung ist die Beweiskraft der Ausführungen von Dr. G. ___ frei und umfassend zu prüfen. Sollte sich ergeben, dass das Gutachten von Dr. G. ___ ohne die zusätzlichen Ausführungen zur Rückfrage der Beschwerdegegnerin keinen ausreichenden Beweiswert hätte, müsste die Sache zur Fortsetzung des Verwaltungsverfahrens an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen werden. 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 mindestens 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 laut 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 und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei einer ausgeglichenen Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung zu jenem Erwerbseinkommen zu setzen, das sie erzielen würde, wenn sie gesund geblieben wäre. Die Beschwerdeführerin hat in einem Fragebogen der Beschwerdegegnerin im Juni 2018 angegeben, dass sie ohne die Gesundheitsbeeinträchtigung vollzeitig ausserhäuslich erwerbstätig wäre. Diese Angabe überzeugt, da die Beschwerdeführerin keine weiteren Einnahmen (wie z.B. Alimente) erhält und folglich im sogenannten hypothetischen „Gesundheitsfall“ vollzeitig erwerbstätig sein müsste, um ihren Lebensbedarf ohne Sozialhilfeleistungen bestreiten zu können. Der Invaliditätsgrad ist deshalb anhand eines „reinen“ Einkommensvergleichs zu berechnen. Die Beschwerdeführerin hat im Herkunftsland eine Berufsausbildung absolviert, aber nicht

abgeschlossen. Sie hat folglich über keinen anerkannten Berufsabschluss verfügt. Nach ihrer Einreise in die Schweiz hat sie typische Hilfsarbeiten verrichtet, weshalb sie als eine Hilfsarbeiterin zu qualifizieren ist. Die Akten enthalten keine Hinweise auf eine ausgeprägt über- oder unterdurchschnittliche Leistungsfähigkeit, weshalb das Valideneinkommen dem statistischen Zentralwert der Hilfsarbeiterinnenlöhne entspricht. Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin effektiv ein leicht tieferes Erwerbseinkommen erzielt hat, ist offensichtlich auf die Zwänge des invalidenversicherungsrechtlich irrelevanten tatsächlichen Arbeitsmarktes zurückzuführen. Hätte sich der Beschwerdeführerin die Gelegenheit geboten, einen durchschnittlichen Hilfsarbeiterinnenlohn zu erzielen, hätte sie von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht. Für die Bestimmung des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens ist massgebend, welche Tätigkeiten der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht in welchem Umfang zumutbar sind. Eine somatische Gesundheitsbeeinträchtigung, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würde, steht gestützt auf die beiden in jeder Hinsicht überzeugenden orthopädischen Teilgutachten von Dr. F.____ überwiegend wahrscheinlich nicht zur Diskussion. Zu prüfen ist lediglich, ob die Beschwerdeführerin an einer psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung gelitten hat, die ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt hat. Die Beschwerdegegnerin hat zur Beantwortung dieser Frage nicht nur die Berichte der behandelnden Ärzte sowie das Gutachten, das von PD Dr. E.____ für die Krankentaggeldversicherung erstellt worden war, gewürdigt, sondern zusätzlich auch Dr. G.____ zweimal mit einer Begutachtung der Beschwerdeführerin beauftragt. Der psychiatrische Sachverständige Dr. G.____ hat die Beschwerdeführerin bei beiden Begutachtungen eingehend befragt und untersucht. Er hat sowohl die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin als auch den von ihm erhobenen objektiven klinischen Befund detailliert festgehalten. Zudem hat er die medizinischen Vorakten – bei der zweiten Begutachtung insbesondere auch das Vorgutachten von PD Dr. E.____ – eingehend und mit einer für ein Administrativgutachten überdurchschnittlichen Sorgfalt gewürdigt. Nichts deutet darauf hin, dass Dr. G.____ eine wesentliche Tatsache übersehen oder ignoriert hätte. Anders als PD Dr. E.____ und die behandelnden Fachärzte hat Dr. G.____ klar zwischen den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und dem objektiven klinischen Befund unterschieden. Diese Unterscheidung ist für die Beantwortung der massgebenden Frage nach der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausschlaggebend, denn für die Arbeitsfähigkeitsschätzung dürfen nur die objektiven klinischen Befunde berücksichtigt werden, weshalb es zwingend zur Aufgabe eines medizinischen Sachverständigen gehört, dem Auftraggeber (als medizinischem Laien) aufzuzeigen, welchen objektiven klinischen Befund er erhoben hat. Im Gegensatz zu Dr. G.____, der diese Aufgabe vorbildlich bewältigt hat, haben sowohl die behandelnden Fachärzte als auch der Vorgutachter PD Dr. E.____ die objektiven klinischen Befunde und die Angaben der (demonstrativ bis aggravatorisch imponierenden) Beschwerdeführerin so miteinander vermischt angeführt, dass es für einen medizinischen Laien nicht möglich ist, den objektiven Befund „herauszudestillieren“. Wie der RAD-Arzt I.____ in seinen ausführlichen und sorgfältig erstellten Stellungnahmen überzeugend festgehalten hat, mindert das den Beweiswert der Berichte der behandelnden Fachärzte als auch des Vorgutachtens von PD Dr. E.____ erheblich. Insbesondere wies er zu Recht darauf hin, dass PD Dr. E.____ kein strukturiertes Beweisverfahren durchgeführt hatte (vgl. auch das Urteil des Bundesgerichtes 9C_89/2020 vom 18. Juni 2020, E. 4.2). In Bezug auf die Berichte der behandelnden Fachärzte ist nach der Auffassung des Bundesgerichtes zusätzlich der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass aufgrund des therapeutischen

Behandlungsauftrages der objektive Anschein der Befangenheit besteht, was den Beweiswert der Berichte von behandelnden Ärzten zum Vornherein wesentlich schmälert. Der Sachverständige Dr. G.____ hat sich mit einer gerichtsnotorisch selten anzutreffenden Ausführlichkeit und Sorgfalt sowohl mit den Berichten der behandelnden Fachärzte als auch mit dem Gutachten von PD Dr. E.____ auseinander gesetzt und überzeugend begründet aufgezeigt, weshalb er sowohl bezüglich der Diagnose als auch hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit zu anderen Ergebnissen gekommen ist. Widersprüche sind in den beiden Gutachten von Dr. G.____ nicht auszumachen. Der Sachverständige hat die Diagnosestellung und die Arbeitsfähigkeitsschätzung nachvollziehbar, schlüssig und überzeugend anhand der von ihm erhobenen objektiven Befunde begründet. Die Einwände des behandelnden Psychiaters Dr. C.____ sind nicht geeignet gewesen, einen Zweifel an der Überzeugungskraft des Gutachtens zu wecken, da Dr. C.____ nochmals jene Argumente vorgebracht hat, mit denen sich Dr. G.____ bereits im zweiten Gutachten eingehend befasst hatte. Die Antwort von Dr. G.____ auf die Rückfrage der Beschwerdegegnerin zum zweiten Gutachten hätte deshalb keine neuen Erkenntnisse mehr geliefert, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht davon abgesehen hat, auf der Beantwortung der Rückfrage zu bestehen. Zusammenfassend belegen die beiden Gutachten von Dr. G.____ mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht im hier massgebenden Zeitraum ab November 2017 uneingeschränkt arbeitsfähig gewesen ist. Sie hätte folglich weiterhin ein dem statistischen Zentralwert der Hilfsarbeiterinnenlöhne und damit dem Valideneinkommen entsprechendes Erwerbseinkommen erzielen können, was bedeutet, dass sie nicht invalid gewesen ist (Invaliditätsgrad = null Prozent). Damit erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. Die angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf 600 Franken festzusetzenden Gerichtskosten wären an sich der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Zuzugabe der Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung ist sie aber von der Pflicht, die Gerichtskosten zu bezahlen, befreit. Da ihr auch die unentgeltliche Rechtsverteidigung bewilligt worden ist, hat der Staat ihrer Rechtsvertreterin eine Entschädigung auszurichten, die 80 Prozent des erforderlichen Vertretungsaufwandes abdeckt (Art. 31 Abs. 3 AnwG). Aufgrund des Umstandes, dass insgesamt drei Administrativgutachten zu würdigen gewesen sind, ist der erforderliche Vertretungsaufwand als für einen „IV-Rentenfall“ leicht überdurchschnittlich zu qualifizieren, weshalb die Entschädigung auf 80 Prozent von 4'500 Franken, also auf 3'600 Franken, festzusetzen ist. Sollten es ihre wirtschaftlichen Verhältnisse dereinst gestatten, wird die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung der Gerichtskosten und zur Rückerstattung der Entschädigung für die unentgeltliche Rechtsverteidigung verpflichtet werden können (Art. 99 Abs. 2 VRP i.V.m. Art. 123 ZPO). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin ist von der Pflicht, die Gerichtskosten von 600 Franken zu bezahlen, befreit. Der Staat hat die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin mit 3'600 Franken (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

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