



**Fall-Nr.:** IV 2012/389  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** FL - Familienzulagen in der Landwirtschaft  
**Publikationsdatum:** 11.05.2020  
**Entscheiddatum:** 23.02.2015

### **Entscheid Versicherungsgericht, 23.02.2015**

**Anpassungsstörung. Würdigung der medizinischen Aktenlage bei sich widersprechenden Arztberichten. Anspruch auf eine befristete halbe Invalidenrente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. Februar 2015, IV 2012/389).**

Vizepräsidentin Marie-Theres Rüegg Haltinner, Versicherungsrichterinnen

Monika Gehrler-Hug und Marie Löhner; Gerichtsschreiber Ahmet Birguel

#### **Entscheid vom 23. Februar 2015**

in Sachen

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführerin,**

gegen

**IV-Stelle des Kantons St. Gallen,** Postfach 368, 9016 St. Gallen,

**Beschwerdegegnerin,**

betreffend

**Rente (Befristung)**

**Sachverhalt:**



A.

A.a A.\_\_\_\_ war seit 1997 als Sekretärin bei der B.\_\_\_\_ AG tätig (vgl. Arbeitgeberbericht vom 3. September 2009; IV-act. 22). Am 22. Juli / 6. August 2009 meldete sie sich wegen Überforderung am Arbeitsplatz, Burnout und Hexenschuss bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (berufliche Integration, Rente) an (IV-act. 1 und 2).

A.b Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) hielt nach einem Gespräch mit dem Hausarzt der Versicherten, Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, mit Protokoll vom 17. August 2009 als Diagnose eine Burnout-Symptomatik bei neurotischer Persönlichkeit fest. Der Hexenschuss sei rein psychogen. Es werde seit längerem versucht, die Versicherte für eine ambulante, fachärztlich psychiatrische Behandlung zu motivieren. Das sei aber bislang nicht gelungen, weil die Versicherte mehr der alternativen Medizin und dem esoterischen Gedankengut zugeneigt sei (IV-act. 19).

A.c Die IV-Stelle gab bei den Ärzten Dr. med. D.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_, beide Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag. Diese stellten bei der Versicherten insbesondere eine bipolare affektive Störung fest und attestierten ihr sowohl in angestammter als auch in leidensadaptierter Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50% seit Anfang 2009, spätestens aber seit Oktober 2009 (Gutachten vom 6. November 2009; IV-act. 26).

A.d Die B.\_\_\_\_ AG kündigte am 25. Juni 2010 das Arbeitsverhältnis mit der Versicherten auf Ende September 2010 (IV-act. 50). Ab 11. Februar 2010 liess sich die Versicherte bei Dr. med. F.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychologie FMH, ambulant psychiatrisch behandeln. Mit Arztbericht vom 28. Juni 2010 attestierte Dr. F.\_\_\_\_ der Versicherten (zumindest vorläufig) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 45). Der RAD erwähnte daraufhin mit Stellungnahme vom 30. Juli 2010 eine mögliche Verschlechterung des Gesundheitszustands der Versicherten (IV-act. 56). Nach Einholung weiterer Arztberichte (IV-act. 73, 89 und 91) und einer Haushaltsabklärung (IV-act. 84), wonach das mutmassliche Erwerbsspensum im Gesundheitsfall auf 100% geschätzt wurde, empfahl der RAD eine bidisziplinäre (rheumatologisch-psychiatrische) Verlaufsbeurteilung (RAD-Stellungnahme vom 28. Juni 2011; IV-act. 92).



## St.Galler Gerichte

A.e Die IV-Stelle gab bei Dr. med. G.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, speziell Rheumaerkrankungen, und med. pract. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein bidisziplinäres (rheumatologisches und psychiatrisches) Gutachten in Auftrag. Die Experten stellten weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht eine Erkrankung mit wesentlicher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest. Sie attestierten der Versicherten in angestammter sowie adaptierter Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von (mindestens) 90%. Aus psychiatrischer Sicht sei die uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit als Sekretärin mindestens ab Februar 2011 (zwei Jahre nach Anpassungsstörung infolge eines Burnout) bzw. spätestens ab Begutachtungszeitpunkt gegeben (Gutachten vom 15. November 2011 [IV-act. 103] und 1. Dezember 2011 [IV-act. 105]).

A.f Nach erfolgtem Vorbescheidverfahren (IV-act. 124, 130 und 131) stellte die IV-Stelle fest, dass die Arbeitsfähigkeit der Versicherten ab 1. Februar 2009 um 50% eingeschränkt gewesen sei. Ab 1. Februar 2010 habe sie daher Anspruch auf eine halbe Rente. Seit 1. Februar 2011 sei indes eine Verbesserung des Gesundheitszustands ausgewiesen. Die Arbeitsfähigkeit betrage 90%. Damit entfalle der Rentenanspruch ab 1. Mai 2011 wieder (Verfügung vom 21. September 2012; IV-act. 140).

B.

B.a Mit Eingabe vom 19. Oktober 2012 erhebt die Beschwerdeführerin gegen die Verfügung vom 21. September 2012 Beschwerde und beantragt eine unbefristete Rente. Zudem ersucht sie um unentgeltliche Rechtspflege. Des Weiteren informiert sie, dass sie sich vom 11. Juli bis 4. September 2012 in die Klinik I.\_\_\_\_ zur stationären psychiatrischen Behandlung begeben habe, und legt entsprechende Berichte der Klinik (IV-act. 145) ins Recht (act. G 1 und 6).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 4. März 2013 reicht die Beschwerdegegnerin eine neue RAD-Stellungnahme vom 7. Januar 2013 (IV-act. 146) ein und beantragt die Abweisung der Beschwerde. Zugleich sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei festzustellen, dass die Beschwerdeführerin keinen Rentenanspruch habe (act. G 10).



## St.Galler Gerichte

B.c Mit Präsidialentscheid vom 7. März 2013 gewährte das Versicherungsgericht der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege für das vorliegende Verfahren (act. G 11).

B.d Mit Replik vom 3. Mai 2013 legt die Beschwerdeführerin einen Verlaufsbericht des Psychiatrischen Zentrums J.\_\_\_\_ vom 17. April 2013 ins Recht (act. G 15). Mit Schreiben vom 24. Mai 2013 erklärt die Beschwerdegegnerin, auf eine Duplik zu verzichten (act. G 17).

### Erwägungen:

1.

Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente.

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.2 Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die a.) ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.) während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) sind; und c.) nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50%, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40% invalid ist.

1.3 Zur Annahme der Invalidität ist in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-) ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und



nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden psychosozialen und soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der psychosozialen und soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_140/2014 vom 7. Januar 2015, E. 3.3).

1.4 Der Versicherungsträger prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die Versicherungsträger und das Gericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt.

2.



2.1 In der angefochtenen Verfügung vom 21. September 2012 ging die Beschwerdegegnerin noch von einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit von 50% aus und sprach der Beschwerdeführerin eine befristete halbe Rente vom 1. Februar 2010 bis 30. April 2011 zu (IV-act. 140). Im Beschwerdeverfahren macht die Beschwerdegegnerin nunmehr (gestützt auf die neue RAD-Stellungnahme vom 7. Januar 2013; IV-act. 146) geltend, dass die in den neu eingereichten Berichten der Psychiatrischen Klinik I.\_\_\_\_ bzw. des Psychiatrischen Zentrums J.\_\_\_\_ ebenfalls enthaltene Diagnose der bipolaren affektiven Störung medizinisch nicht nachvollziehbar sei. Die Pathologie entspreche vielmehr einer reaktiven depressiven Störung. Damit sei davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin keine bipolare affektive Störung vorliege und auch nie vorgelegen habe, sondern (nur) ein Burnout-Syndrom. Aus juristischer Sicht könne ein Burnout-Syndrom keine invalidisierende Erwerbsunfähigkeit auslösen. Deshalb habe nie ein Anspruch auf eine Invalidenrente bestanden (act. G 10).

2.2 Die Beschwerdeführerin beanstandet sinngemäss, dass sich die Beschwerdegegnerin bei ihrer Entscheidung (nur) auf das Gutachten von Dr. G.\_\_\_\_ und med. pract. H.\_\_\_\_ stütze, das nur einen Status nach Burnout-Syndrom diagnostiziere (IV-act. 103 und 105). Das Gutachten von Dr. M.\_\_\_\_, das bei ihr eine bipolare Störung festgestellt habe (IV-act. 26), werde dagegen nicht beachtet. Die bipolare Störung werde auch von der Psychiatrischen Klinik I.\_\_\_\_ bestätigt (IV-act. 145-1 ff; act. G 1, 6 und 15).

3.

Zu prüfen ist zunächst, ob die vorliegende medizinische Aktenlage eine hinreichende Grundlage für die Beurteilung eines allfälligen Rentenanspruches bietet.

3.1 Nach der Anmeldung der Beschwerdeführerin um Leistungen der Invalidenversicherung liess die Beschwerdegegnerin bei den Fachärzten Dr. D.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_ ein psychiatrisches Gutachten erstellen. Die Untersuchung ergab eine bipolare affektive Störung (gegenwärtig hypomanische Episode), eine undifferenzierte Somatisierungsstörung sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen, unreifen und emotional-instabilen Zügen. Dr. D.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_ attestierten der Beschwerdeführerin daher sowohl in angestammter als auch in



## St.Galler Gerichte

adaptierter Tätigkeit eine andauernde Arbeitsunfähigkeit von 50% seit Anfang 2009 bzw. Oktober 2009. Die bisherige Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Sekretärin sei aus psychiatrischer Sicht bereits leidensadaptiert (Gutachten vom 6. November 2009; IV-act. 26).

3.2 Ab 11. Februar 2010 unterzog sich die Beschwerdeführerin dann bei Dr. F.\_\_\_\_ einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, wobei die Gespräche in zwei- bis dreiwöchiger Frequenz stattfanden. Mit Arztbericht vom 28. Juni 2010 diagnostizierte Dr. F.\_\_\_\_ eine längere depressive Reaktion im Sinne einer Anpassungsstörung (mittleren bis zeitweilig schweren Grades) bei gemischter Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, selbstunsicheren und emotional-instabilen Zügen sowie eine bipolare affektive Störung oder rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere depressive Episode. Seit März 2010 sei die Beschwerdeführerin zu 100% arbeitsunfähig. Mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit über 30% bis maximal 50% sei nicht zu rechnen (IV-act. 45).

3.3 Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. C.\_\_\_\_, diagnostizierte bei der Beschwerdeführerin eine mittelschwere bis schwere depressive Episode mit ausgeprägten Somatisierungstendenzen. Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe dagegen die Diagnose einer intermittierenden Lumboischialgie (Bericht ohne Datum, Eingang bei der Beschwerdegegnerin am 10. September 2010; IV-act. 73-1). In einem weiteren, abschliessenden Bericht vom 18. Mai 2011 berichtete die behandelnde Psychiaterin Dr. F.\_\_\_\_, dass die Beschwerdeführerin eine Psychotherapie für unnötig und nicht hilfreich erachte. Die Behandlung werde daher sistiert (IV-act. 91).

3.4 Wegen des unklaren psychischen Zustands und eines hinzukommenden Rückenleidens der Beschwerdeführerin veranlasste die Beschwerdegegnerin auf Empfehlung des RAD (IV-act. 56 und 92) eine bidisziplinäre (rheumatologisch-psychiatrische) Verlaufsbeurteilung. Das daraufhin erstellte Gutachten von Dr. G.\_\_\_\_ und med. pract. H.\_\_\_\_ wurde in zwei separaten Teilgutachten eingereicht, wobei der Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ auch eine Gesamtbeurteilung beider Ärzte beinhaltet.

3.4.1 Die begutachtende Psychiaterin med. pract. H.\_\_\_\_ stellte nach ihrer Untersuchung fest, dass bei der Beschwerdeführerin keine psychische Erkrankung vorliege,



die Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine Persönlichkeitsakzentuierung mit überwiegend histrionischen und leicht emotional-instabilen Anteilen sowie einen Status nach Burnout und einen Status nach schädlichem Gebrauch von Alkohol. Als Sekretärin sei die Beschwerdeführerin uneingeschränkt arbeitsfähig. Sie müsse lernen, mit ihren Kräften hauszuhalten, um nicht ständig infolge einer histrionisch überlagerten Somatisierung "arbeitsunfähig" zu werden (psychiatrisches Teilgutachten vom 15. November 2011; IV-act. 103).

3.4.2 Im internistisch-rheumatologischen Teilgutachten vom 1. Dezember 2011 (IV-act. 105) stellte Dr. G.\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1.) "Anamnestisch intermittierende Lumboischialgien aktenmässig seit 1990, akzentuiert seit 2008, meist unter psychogener Belastung auftretend, gemäss Abklärung KSSG B4 05.05.10 und aktueller Untersuchung ohne neurologische Kompressionszeichen bei guter schmerzarmer WS-Beweglichkeit und radiologisch 04.05.10 sowie 18.07.11 nur diskreter, 2 Grad lumbaler Skoliose, geringer Chondrose L3 bis S1, diskretem Retroglissement 2 mm LWK 4 bei Chondrose, sich klinisch in der Untersuchung nur diskret auswirkend; und

2.) Adipositas per magna".

Aus somatischer Sicht müsse die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Sekretärin voll arbeitsfähig sein. Sie neige aber zu vorwiegend statischen lumbalen Rückenbeschwerden, obwohl die ausgeprägte Adipositas sie in ihrer Beweglichkeit wenig behindere. Die Arbeitsfähigkeit sei daher allenfalls um 10% eingeschränkt. Insgesamt sei die Beschwerdeführerin als Sekretärin damit zu mindestens 90% arbeitsfähig. Die Tätigkeit als Sekretärin entspreche dabei aus somatisch rheumatologischer Sicht einer leidensadaptierten Tätigkeit.

3.5 Im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens reichten sowohl die Beschwerdeführerin als auch die Beschwerdegegnerin weitere medizinische Berichte ein.



3.5.1 Mit Schreiben vom 3. und 19. Oktober 2012 berichtete die Psychiatrische Klinik I.\_\_\_\_, namentlich Dr. med. K.\_\_\_\_, Oberärztin, dass die Beschwerdeführerin vom 11. Juli bis 4. September 2012 bei ihr hospitalisiert gewesen sei. Sie sei wegen schwerer psychischer Dekompensation zugewiesen worden. Als Diagnosen nannte Dr. K.\_\_\_\_ eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, eine histrionische und emotional instabile Persönlichkeitsakzentuierung sowie Adipositas. Sie empfahl die Weiterführung einer ambulanten Psychotherapie sowie eine medikamentöse antidepressive Therapie. Eine Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit gab die Ärztin nicht an (IV-act. 145).

3.5.2 Mit Stellungnahme vom 7. Januar 2013 hielt der RAD dem Bericht der Psychiatrischen Klinik I.\_\_\_\_ (vom 3. Oktober 2012; IV-act. 145-3 ff) entgegen, dass die Diagnose der bipolaren Störung medizinisch nicht nachvollziehbar sei. Die Beschreibungen der Klinik würden vielmehr einer reaktiven depressiven Störung entsprechen. Die Berichte der Psychiatrischen Klinik I.\_\_\_\_ seien daher nicht geeignet, eine bipolare Störung zu belegen (IV-act. 146).

3.5.3 Mit einem weiteren Bericht vom 17. April 2013 informierte Dr. K.\_\_\_\_, nunmehr Psychiatrisches Zentrum J.\_\_\_\_, dass die Beschwerdeführerin bei ihr in ambulanter Behandlung stehe. Durch den langjährigen Krankheitsverlauf habe bereits eine Chronifizierung in einem Ausmass stattgefunden, dass die Beschwerdeführerin ihre Probleme nur in einem engen Rahmen offenlegen könne, bei gleichzeitig auftretender sozialer Isolation. Dies erschwere den Zugang zu therapeutischen Interventionen. Zurückhaltung werde auch bei der medikamentösen Therapie geübt, da die Beschwerdeführerin über Nebenwirkungen klage und circa im zehnten Lebensalter einen dreimaligen Suizidversuch mit Medikamenten unternommen habe (act. G 15.1).

4.

4.1 Ausschlaggebende medizinische Grundlage für die Beurteilung eines allfälligen Rentenanspruches ist - zumindest in der angefochtenen Verfügung - das bidisziplinäre Gutachten von Dr. G.\_\_\_\_ und med. pract. H.\_\_\_\_ vom 15. November 2011 (IV-act. 103) bzw. 1. Dezember 2011 (IV-act. 105). Dieses stellt das aktuellste Gutachten dar und wurde in Kenntnis der Anamnese und der Vorakten erstellt. Die medizinischen Vorakten



werden dabei einzeln aufgeführt und zusammengefasst, wovon die relevanten dann in den Teilgutachten eingehender bewertet werden. Die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden werden sowohl in den somatischen und psychiatrischen Teilgutachten als auch im Gesamtgutachten berücksichtigt. Die daraus gefolgerten Ergebnisse sind nachvollziehbar und schlüssig

4.2 Hinsichtlich des somatischen Leidens der Beschwerdeführerin, namentlich ihrer Rückenschmerzen, ist die medizinische Beurteilung sowohl im Teilgutachten von Dr. G.\_\_\_\_ als auch im Arztbericht von Dr. C.\_\_\_\_ eindeutig und unstrittig. Demnach hat die diagnostizierte Lumboischialgie keinen bzw. geringen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Insgesamt sei die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht maximal zu 10% in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin macht keine weitergehende Einschränkung wegen ihrer Rückenschmerzen geltend. Dr. G.\_\_\_\_ führt ausserdem aus, dass die Beschwerdeführerin beim Hebetest unter anderem eine 2 kg Hantel einhändig nicht anheben konnte bzw. wollte, anschliessend aber ein 4 kg schweres Buch beidhändig bis auf Schulterhöhe gehoben habe.

4.3 In psychiatrischer Hinsicht diagnostizierten Dr. D.\_\_\_\_/E.\_\_\_\_ (IV-act. 26) und Dr. F.\_\_\_\_ (IV-act. 45) insbesondere eine bipolare affektive Störung und eine Persönlichkeitsstörung. Dr. F.\_\_\_\_ nannte zudem als weitere Diagnose eine depressive Reaktion im Sinne einer Anpassungsstörung.

4.3.1 Die Fachärzte D.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_ legten dar, dass sich die bipolare affektive Störung der Beschwerdeführerin bis in ihre Jugendzeit zurückverfolgen lasse. Bereits als Kind sei sie immer wieder depressiv gewesen und habe eine Todessehnsucht verspürt, so dass sie sogar einmalig einen Suizidversuch unternommen habe. Ihre psychische Verfassung sei vor allem von der ebenfalls depressiven und suizidgefährdeten Mutter geprägt worden. Gegenwärtig bestehe (bei der Beschwerdeführerin) keine Suizidgefahr. Die Schule habe die Beschwerdeführerin mit guten Leistungen bestanden und anschliessend eine Lehre als kaufmännische Angestellte abgeschlossen. Danach habe sie bei ihrer ersten Stelle fünf Jahre und später 14 Jahre in einem anderen Unternehmen gearbeitet. Der Tod der Mutter während dieser Zeit habe sie sehr getroffen, so dass sie zunehmend wieder depressiv geworden sei. Sie habe Alkohol in schädlichem Ausmass konsumiert und ihre Arbeitsstelle (1992) verloren. Von 1992 bis



1997 habe sie ihren Arbeitsplatz dann mehrmals gewechselt oder sei zeitweise arbeitslos gewesen. Ihre letzte Arbeitsstelle habe sie dann im Jahr 1997 angetreten (die ihr, wie erwähnt, im Jahr 2010 gekündigt wurde). Dr. D.\_\_\_\_/E.\_\_\_\_ bemerkten zudem, es sei der Eindruck einer deutlichen Akzentuierung der Persönlichkeit in Form histrionischer, unreifer und emotional-instabiler Züge entstanden. Die Beschwerdeführerin sei zudem nicht motiviert, eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung aufzunehmen, da sie von der Wirksamkeit parapsychologischer Methoden überzeugt sei.

4.3.2 Die (ehemals) behandelnde Psychiaterin Dr. F.\_\_\_\_ fasste in ihrem Bericht zusammen, dass der Zustand der Beschwerdeführerin schwankend sei und sehr von Lebensereignissen abhänge. Sie reagiere mit starken Stimmungsschwankungen und körperlichen Symptomen auf life events wie Verlust eines Partners, eines Hundes und Konflikte mit langjährigen Freunden.

4.3.3 Im Teilgutachten vom 15. November 2011 wendet med. pract. H.\_\_\_\_ gegen die Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ ein, dass die von ihr aufgeführten Diagnosen Erschöpfungsdepression, Anpassungsstörung und längere depressive Reaktion sowie ihre Beschreibung des Zustandes (der Beschwerdeführerin) als schwankend und sehr abhängig von Live-Events (Verlusterlebnissen) vielmehr auf ein reaktives Geschehen hinweisen würden, wie die zuletzt erlittene Burnout-Symptomatik vom Februar 2009. Eine affektive Störung im Sinne einer (rezidivierend) depressiven Störung liege dagegen weder aktuell noch retrospektiv vor. Betroffene mit mittelgradigen depressiven Episoden könnten nur unter erheblichen Schwierigkeiten ihre sozialen, häuslichen und beruflichen Aktivitäten fortsetzen. Bei einer schweren depressiven Episode bestehe zusätzlich ein hohes Suizidrisiko. Die Beschwerdeführerin habe hingegen einen sehr strukturierten aktiv-lebendigen Tagesablauf, den sie täglich bereits um 06.00 Uhr morgens beginne und der von vielseitigen Aktivitäten geprägt sei (Hunde ausführen, Meditation am Morgen, "Schwitzkasten", Fitness-Studio, Gartenarbeit). Sie beteilige sich auch sehr aktiv im "Verein für geistiges Heilen", indem sie etwa viermal wöchentlich und meist an Abenden an Treffen und Meditationsabenden teilnehme. Ein verminderter Antrieb oder eine gesteigerte Müdigkeit liege demnach nicht vor. Die Beschwerdeführerin habe somit nicht an einer affektiven Störung, sondern an einer Anpassungsstörung gelitten.



4.3.4 Zur (in vormaligen Arztberichten) diagnostizierten Persönlichkeitsstörung erklärt die Psychiaterin, dass deren ursächlicher Beginn immer in der Kindheit und Jugendzeit liege. Die Störung umfasse tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigten. Bei der Beschwerdeführerin habe sich sowohl im Beruf als auch im Privatleben bis Februar 2009 ein relativ gutes Funktionsniveau gezeigt. Erst seit einem Burnout im Februar 2009 komme sie nicht mehr richtig auf die Beine. Bis dahin habe sie, beginnend mit der Lehrzeit 1970 und bis auf kürzere Zeiten der Arbeitslosigkeit, immer 100% gearbeitet. Dabei habe sie ihre vielseitigen und komplexen Aufgaben sehr flexibel ausgeführt. Sie habe sich auch in einer langen, 15-jährigen Partnerschaft befunden und sich ein soziales Netz aufgebaut. Zusammengefasst sei sie keine "auffällige Persönlichkeit" gewesen. Eine Persönlichkeitsstörung könne daher nicht diagnostiziert werden, auch wenn sie auffällige Persönlichkeitszüge und Reaktionsmuster im Sinne einer "Persönlichkeitsakzentuierung" mit im Wesentlichen histrionischen und leicht emotional-instabilen Anteilen zeige.

4.3.5 Die Ausführungen von med. pract. H.\_\_\_\_ sind umfassend und einleuchtend. Die Gutachterin befasst sich eingehend mit den bisherigen Beurteilungen bzw. Diagnosen und vermag ihre zum Teil abweichenden Schlussfolgerungen nachvollziehbar darzulegen. Das Gutachten von med. pract. H.\_\_\_\_ ist somit beweiskräftig, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf abgestellt hat. Weder die Begutachtung der Erstgutachter Dr. D.\_\_\_\_/E.\_\_\_\_ noch jene der behandelnden Ärzte Dr. C.\_\_\_\_, Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ vermögen dagegen aufzukommen.

4.3.6 Dr. K.\_\_\_\_ geht davon aus, dass die Beschwerdeführerin wegen ihres langjährigen Krankheitsverlaufs eine Distanz zu psychiatrischen Therapien aufgebaut habe. Aus den Akten geht indes deutlich hervor, dass sich die Beschwerdeführerin bereits sehr früh einer religiös-esoterischen Gemeinschaft zugewandt hat und daher skeptisch insbesondere gegenüber psychiatrischen und medikamentösen Therapien ist. Ebenso unzutreffend ist die Annahme von Dr. K.\_\_\_\_, dass sich die Beschwerdeführerin sozial isoliert habe. Aus den Akten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin regelmässig (bis zu viermal in der Woche) an Treffen und Meditationsabenden teilnimmt und ebenso regelmässig das Fitness-Studio aufsucht. Von einer sozialen Isolation kann insoweit nicht die Rede sein.



4.4 Demnach kann nicht von einer dauernden Arbeitsunfähigkeit von 50% bei Vorliegen einer bipolaren Störung und einer Persönlichkeitsstörung ausgegangen werden, wie dies im Erstgutachten von Dr. D.\_\_\_\_/Dr. E.\_\_\_\_ angenommen wird. Vielmehr ist gestützt auf die Expertise von med. pract. H.\_\_\_\_ die von den Erstgutachtern Dr. D.\_\_\_\_/E.\_\_\_\_ ab ca. Anfang 2009 angenommene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als reaktives Geschehen im Sinne einer Anpassungsstörung zu werten, welche als solche spätestens nach zwei Jahren abgeklungen ist. Entsprechend hat die Beschwerdegegnerin das Wartejahr als ab Februar 2009 (Burnout am Arbeitsplatz mit Kündigungsandrohung der Arbeitgeberin) eröffnet betrachtet. Sodann ist spätestens ab Februar 2011 gemäss Gutachten von med. pract. H.\_\_\_\_ vom Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 25), weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht eine vorübergehende (halbe) Rente zugesprochen und diese in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV bis Ende April 2011 befristet hat.

5.

5.1 Damit ist die Beschwerde abzuweisen.

5.2 Der Beschwerdeführerin wurde die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt (act. G 6).  
Es

ist darauf hinzuweisen, dass eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 99 Abs. 2 VRP [sGS 951.1] i.V.m. Art. 123 Abs. 1 ZPO [SR 272]).

5.3 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Praxisgemäss ist die Gerichtsgebühr für das vorliegende Verfahren auf Fr. 600.-- festzulegen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Zuzugunsten unentgeltlicher Rechtspflege ist die Beschwerdeführerin von der Bezahlung zu befreien.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP



### **entschieden:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin wird zufolge unentgeltlicher Rechtspflege von der Bezahlung der Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- befreit.