



Fall-Nr.: IV 2013/611
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 10.10.2019
Entscheiddatum: 23.02.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 23.02.2016

Art. 43 Abs. 1 ATSG. Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes. Das psychiatrische Gutachten ist unvollständig, da nicht auf die funktionellen Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung auf die Arbeitsfähigkeit eingegangen worden ist. Weil bezüglich der Diagnose und der Arbeitsfähigkeit zudem eine der gutachterlichen Beurteilung widersprechende fachärztliche Einschätzung im Recht liegt, ist die Sache nicht nur zur Ergänzung, sondern zur neuen psychiatrischen Begutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Teilweise Gutheissung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. Februar 2016, IV 2013/611).

Besetzung

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichter Joachim Huber und Ralph Jöhl; Gerichtsschreiberin Lea Locher

Geschäftsnr.

IV 2013/611

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Jakob Rhyner,
St. Gallerstrasse 46, Postfach 745, 9471 Buchs,



St.Galler Gerichte

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich erstmals im März 2010 wegen eines Burnouts bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Sie gab an, zuletzt zu 100 % als Produktionsmitarbeiterin gearbeitet zu haben. Am 24. Februar 2010 hatte Dr. med. B.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, berichtet, dass die Versicherte das Arbeitspensum wegen ihrer eingeschränkten Belastbarkeit auf 80 % reduziert habe (Fremdakten, nicht nummeriert). Als Diagnose hatte er Angst und Depression, gemischt (ICD-10: F41.2), bei Persönlichkeit mit anankastischen Zügen und Burnout-Symptomatik (Z73.0) angegeben. Am 7. April 2010 teilte die Versicherte der Eingliederungsverantwortlichen mit, dass sie ihr Arbeitspensum per 1. April 2010 auf 80 % reduziert habe. Sie habe das Pensum aus freiem Entschluss reduziert, weil sie mit einem Vollpensum nicht klarkomme und auch zu Hause alles perfekt machen wolle (IV-act. 17). Mit Verfügung vom 25. Juni 2010 (IV-act. 21) wurden die beruflichen Eingliederungsmassnahmen abgeschlossen. Zur Begründung führte die IV-Stelle an, dass die Versicherte seit April 2010 in ihrer angestammten Tätigkeit wieder zu 80 % arbeite und eine Erhöhung des Pensums aus persönlichen Gründen nicht in Betracht ziehe. Sie sei somit wieder angemessen und rentenausschliessend eingegliedert.

A.b Am 13. Januar 2012 erkundigte sich die Versicherte bei der IV-Stelle telefonisch, ob ihre Anmeldung eingegangen sei. Sie habe diese bereits im Oktober 2011 an die AXA Winterthur gesendet (IV-act. 22). Am 16. Januar 2012 ging die Anmeldung bei der



St.Galler Gerichte

IV-Stelle ein (IV-act. 23). Die Versicherte gab an, seit dem Jahr 2009 an einem Burnout/ einer Depression zu leiden. Seit dem 11. Mai 2011 sei sie zu 100 % arbeitsunfähig.

A.c Am 17. Januar 2012 forderte die IV-Stelle die Versicherte auf, Nachweise für eine relevante Änderung des rechtserheblichen Sachverhalts seit der Verfügung vom 25. Juni 2010 einzureichen (IV-act. 27). Am 8. Februar 2012 reichte Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, aktuelle Arztberichte ein (IV-act. 28). Gemäss dem Austrittsbericht der Klinik D.____ vom 23. September 2011 (IV-act. 29-1 ff.) war die Versicherte vom 14. August bis 8. September 2011 stationär behandelt worden. Die Psychologinnen der Klinik hatten die folgenden Diagnosen angegeben: Angst und Depression, gemischt (F41.2), vor dem Hintergrund einer Persönlichkeit mit anankastischen, leistungsorientierten Zügen und Verdacht auf Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01). Zum Hospitalisationsverlauf erklärten die Psychologinnen, dass die Versicherte von Beginn an sehr vorsichtig und abtastend und vom angebotenen Therapieprogramm schnell überfordert gewesen sei. Sie habe immer wieder eine grosse Anspannung und innere Unruhe gezeigt, welche sich in der Folge als Angst vor Menschen herauskristallisiert habe. Auch habe sie aufgrund ihres hohen Perfektionsanspruchs immer wieder ihre Grenzen missachtet. Vorerst habe sich eine leichte Stabilisierung der Situation gezeigt. Die Versicherte habe sich dennoch nicht auf das Therapieangebot einlassen können. Der Grund für den Therapieabbruch sei wohl ihre grosse Angst davor gewesen, sich in der Patientengruppe aufzuhalten. Zum Zeitpunkt des Klinikaustritts sei die Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Dr. C.____ hatte dem Vertrauensarzt der AXA Winterthur am 10. Oktober 2011 berichtet (IV-act. 29-7 ff.), dass sich die Versicherte seit dem 14. September 2011 in seiner Behandlung befinde. Er gehe wie Dr. B.____ davon aus, dass die Versicherte an einer Angst und Depression, gemischt (F41.2), bei einer Persönlichkeit mit anankastischen Zügen und Burnout-Symptomatik (Z73.0) leide. Die Versicherte habe sich am 14. September 2011 in einem schlechten psychopathologischen Zustand präsentiert. Sie habe von ihrem Aufenthalt in der Klinik D.____ berichtet, welchen sie als überaus anstrengend und stressig erlebt habe. Seit dem Klinikaustritt sei sie zu 100 % arbeitsunfähig. Derzeit lasse sich kaum eine Prognose zur Arbeitsfähigkeit machen. Der Versicherten sei nun auch noch gekündigt worden, weshalb eine Wiedereingliederung an ihren bisherigen Arbeitsplatz nicht möglich sei. Er gehe davon aus, dass in den nächsten drei bis vier Monaten eine Verbesserung der Gesamtsymptomatik eintrete



und zumindest eine Arbeitsfähigkeit von 30-40 % erreicht werde. Am 8. Februar 2012 hatte Dr. C.____ dem Vertrauensarzt der AXA Winterthur mitgeteilt (IV-act. 29-4 ff.), dass sich der Verlauf zäh gestalte und sich die Situation nur langsam verbessere. Die Versicherte leide unter sehr schneller Erschöpfung, Müdigkeit und Schwindel. Wenn zu viele Leute um sie seien, wenn sie einen Termin habe oder sich jemand mit ihr verabreden möchte, bekomme sie Angst und werde nervös. Darüber hinaus grüble sie viel und weine häufig. Sie habe Angst vor Rückschlägen und habe über Panikattacken berichtet. Es finde weiterhin eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in derzeit zweiwöchentlichem Rhythmus statt. Die depressive Medikation erfolge mittels Remeron, Insidon und Seroquel. Leider sei die Verbesserung noch nicht so gut fortgeschritten wie erhofft. Ab wann von einer Teilarbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne, sei noch nicht absehbar. Eine Prognose zu stellen sei sehr schwierig. Er hoffe, dass der langsame Besserungsprozess weitergehe und die Versicherte in 4-5 Monaten wieder zu 20 % arbeitsfähig sei.

A.d Am 29. März 2012 teilte Dr. C.____ RAD-Arzt Dr. med. E.____ telefonisch mit, dass die Versicherte weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig sei. Es bestehe weiterhin eine sehr rasche Erschöpfbarkeit und Müdigkeit mit einer rasch einsetzenden inneren Unruhe. Zudem imponiere die Versicherte weiterhin affektlabil und freudlos. Sie wirke allerdings nicht ausgeprägt depressiv und sei durchaus schwingungsfähig. Insgesamt sei die Versicherte aktuell jedoch noch nicht belastbar. Der Gesundheitszustand sei instabil (IV-act. 31, von Dr. C.____ und Dr. E.____ nicht unterzeichnet).

A.e RAD-Arzt Dr. E.____ hielt gleichentags fest, dass aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen bei der Versicherten von einer zweiten Episode einer psychiatrischen Störung auszugehen sei. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem 25. Juni 2010 sei plausibel (IV-act. 32). Am 1. Juni 2012 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass aufgrund ihres Gesundheitszustandes keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (IV-act. 39).

A.f Dr. C.____ gab in seinem Bericht vom 1. November 2012 (IV-act. 42) zuhanden der IV-Stelle neu als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), an. Keine Auswirkung



auf die Arbeitsfähigkeit hätten die übergewissenhaften, anankastischen Persönlichkeitszüge. Er erklärte ausserdem, dass die arbeitsbezogene Prognose ungünstig sei. Im Laufe des letzten Jahres sei es zwar zu einer steten Verbesserung gekommen, dies aber in sehr kleinen Schritten (von 0 % auf 10 %). Die Versicherte sei motiviert und arbeite gut mit. Für ihn bestehe kein Anlass, an ihren Aussagen zu zweifeln, sie staple eher tief, als dass sie verdeutliche oder aggraviere. Bei einer weiteren Entwicklung im bisherigen Tempo könne er sich vorstellen, dass die Versicherte in einer geschützten Umgebung in etwa einem Jahr wieder zu 30-40 % arbeitsfähig sei. In ihrer bisherigen Tätigkeit sei sie wegen eines verminderten Antriebs, Konzentrationsstörungen, einer geringen geistigen und körperlichen Belastbarkeit, einer schnellen Erschöpfung, einer inneren Unruhe sowie „Weinen“ eingeschränkt. Die Einschränkungen wirkten sich bei der Arbeit durch eine innere Blockade, eine innere Unruhe und Nervosität und Zittern aus. Dr. C.____ hielt sodann fest, dass er sich in seinen bisherigen Berichten an die Diagnosen seines Vorgängers Dr. B.____ gehalten habe. Nach einer vertieften Auseinandersetzung mit dem Verlauf, den geklagten Beschwerden und Symptomen und seinen Beobachtungen während der mittlerweile 26 Sitzungen sei er jedoch zum Schluss gekommen, dass die Diagnose der Angst und Depression, gemischt, sowie auch die Diagnose eines Burnouts der Krankheit der Versicherten nicht gerecht würden. Am 20. November 2012 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass aufgrund ihres Gesundheitszustandes zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (IV-act. 47).

A.g Die F.____ AG berichtete am 7. Januar 2013, dass sie die Versicherte vom 1. August 2008 bis 31. Oktober 2011 als Produktionsmitarbeiterin (Stanzen von Membranen) beschäftigt habe. Die Pensumsreduktion von 100 auf 80 % per 1. April 2010 sei aufgrund der Ansicht, dass es der Versicherten dadurch besser gehen würde, erfolgt (IV-act. 51).

A.h RAD-Arzt Dr. E.____ notierte am 8. März 2013, dass die Arbeitsfähigkeit der Versicherten aufgrund der Diagnosen und der angegebenen Funktionseinschränkungen unklar sei. Es müsse eine psychiatrische Begutachtung in Auftrag gegeben werden (IV-act. 54). Am 2. April 2013 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass eine medizinische Abklärung notwendig sei. Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, werde mit dieser Abklärung beauftragt (IV-act. 55). Am 5. Juni



St.Galler Gerichte

2013 informierte die Versicherte die IV-Stelle darüber, dass die Begutachtung eine Stunde gedauert habe. Sie habe erwartet, dass die Untersuchung länger dauere, damit sie ihren Gesundheitszustand besser erklären könne (IV-act. 58).

A.i Das Gutachten über die am 24. Mai 2013 durchgeführte psychiatrische Untersuchung lag am 19. Juli 2013 vor (IV-act. 59). Dr. G. ___ notierte, dass die psychiatrische Untersuchung ca. eineinhalb Stunden gedauert habe. Die Versicherte habe anlässlich der Begutachtung angegeben, dass es ihr drei bis vier Monate nach dem Aufenthalt in der Klinik D. ___ schlecht gegangen sei; sie habe insbesondere eine starke innere Unruhe verspürt. Diese Symptomatik sei nun seit fast zwei Monaten verschwunden. Sie sei nicht zufrieden mit ihrer Situation und schäme sich oft. Sie habe das Gefühl, dass ihr niemand glaube. Dr. G. ___ nannte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gab er eine Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2), an. Er erklärte, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung verschiedene depressive Symptome bestanden hätten. Die Grundstimmung sei etwas zum depressiven Pol hin verschoben gewesen und es habe eine affektive Labilität bestanden. Die Versicherte habe über Insuffizienzgefühle, Ängste, Stimmungsschwankungen und eine Minderung der Vitalgefühle geklagt. In der Hamilton Depressionsskala habe sie insgesamt 11 Punkte erreicht. Damit könne trotz der vorhandenen depressiven Symptomatik die Diagnose einer eigentlichen depressiven Episode (leicht, mittelgradig oder schwer) aktuell nicht gestellt werden. Die Diagnose einer leichten depressiven Episode sei nur einmal gestellt worden, und zwar durch die Klinik H. ___. Danach sei jeweils die Diagnose Angst und Depression, gemischt, gestellt worden. Nur Dr. C. ___ habe nach langer Zeit plötzlich rückwirkend seine Diagnostik revidiert und die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gestellt, was nicht plausibel sei. Mit der Diagnose Angst und Depression, gemischt, lasse sich keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im IV-rechtlichen Sinne begründen. Dr. G. ___ gab weiter an, dass die Einschätzung der Versicherten selbst offensichtlich eine wesentliche Rolle bei den jeweils attestierten Arbeitsunfähigkeiten gespielt habe. Deren Einschätzung werde aber auch durch psychosoziale Faktoren (beispielsweise der Stellenverlust) beeinflusst, d.h. es handle sich nicht um eine medizinisch-theoretische Einschätzung. Immer wieder hätten die behandelnden Ärzte mit einer wenig gravierenden psychiatrischen Diagnose eine 100 %ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet. Dr. C. ___ habe nach 26 Sitzungen die von ihm gestellte



Diagnose plötzlich geändert und dies mit einer vertieften Auseinandersetzung mit der Symptomatik und der Anamnese begründet. Beides sei aber nicht wirklich plausibel. Offensichtlich sei Dr. C.____ bewusst gewesen, dass sich im IV-rechtlichen Sinne eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit der Diagnose Angst und Depression, gemischt, nicht begründen lasse und er habe deshalb die Diagnose geändert. Dies lasse sich nur damit erklären, dass die Versicherte die auch von Dr. C.____ erwartete Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit nicht umgesetzt habe und dass er darum seine Argumentation (der IV gegenüber) habe ändern müssen. Er (Dr. G.____) könne sich nicht vorstellen, dass es Dr. C.____ in den vorangegangenen 25 Sitzungen entgangen sei, dass die Versicherte tatsächlich depressiv gewesen sei. Abgesehen davon lasse sich natürlich mit einer mittelgradigen depressiven Episode keine anhaltende 100 %ige Arbeitsunfähigkeit im IV-rechtlichen Sinn begründen.

A.j RAD-Arzt Dr. E.____ hielt am 24. Juli 2013 fest (IV-act. 60), dass das psychiatrische Gutachten den versicherungsmedizinischen Anforderungen genüge. Die Einschätzungen von Dr. G.____ seien plausibel.

A.k Mit Vorbescheid vom 15. August 2013 (IV-act. 64) kündigte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentengesuchs an. Zur Begründung wies sie darauf hin, dass Dr. G.____ keine Diagnose mit wesentlicher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt habe, weshalb keine invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse bestehe. Dagegen liess die Versicherte durch ihren Rechtsvertreter am 4. Oktober 2013 einwenden (IV-act. 73), dass der behandelnde Psychiater Dr. C.____ als zertifizierter Gutachter etwa über die gleiche Ausbildung verfüge wie Dr. G.____. Es sei verwunderlich, dass sich Dr. G.____ nach einer lediglich halbstündigen Befragung zur Krankheitsgeschichte der Versicherten in der Lage fühle, die Beurteilung von Dr. C.____ als falsch abzutun. Die Versicherte habe kein Vertrauen zu Dr. G.____ aufbauen können und habe ihn als gefühllos und gefühllos empfunden. Zudem habe das Gutachten von Dr. G.____ wegen der einseitigen Beauftragung durch die IV-Stelle und wegen des fehlenden gerichtlichen Hinweises auf die Straffolgen von Art. 307 StGB nicht den Stellenwert eines Gerichtsgutachtens, sondern lediglich eines Privatgutachtens. Eine erneute Begutachtung sei unumgänglich.



A.I Mit Verfügung vom 7. November 2013 (IV-act. 74) wies die IV-Stelle das Rentengesuch aus den im Vorbescheid angegebenen Gründen ab. Betreffend die Einwände merkte sie an, dass das Gutachten gemäss dem RAD den versicherungsmedizinischen Anforderungen genüge und eine erneute Begutachtung deshalb nicht angezeigt sei. Die Gutachterwahl erfolge im Übrigen nach dem Zufallsprinzip.

B.

B.a Gegen diese Verfügung liess die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 6. Dezember 2013 Beschwerde erheben (act. G 1). Ihr Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der Verfügung und die Anordnung einer psychiatrischen Oberexpertise. In Ergänzung zur Einwandbegründung im Vorbescheidsverfahren führte er aus, die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) habe ihre Begründungspflicht verletzt, indem sie nicht auf die Einwände bezüglich des Ablaufs der Begutachtung und der unterschiedlichen psychiatrischen Beurteilungen eingegangen sei. Die Beschwerdegegnerin habe der halbständigen gutachterlichen Untersuchung mehr Beweiswert beigemessen als der Beurteilung eines gleichrangigen Psychiaters, der seine Erkenntnisse anhand von 26 Sitzungen gewonnen habe. Dr. G.____ habe gestützt auf die Hamilton Depressionsskala selbst eine leichte depressive Episode verneint, weil die Beschwerdeführerin insgesamt lediglich 11 Punkte erreicht habe. Allerdings bestehe bei einem HASM-D17-Wert von 11 Punkten ein klarer Hinweis auf eine leichte Depression. Die Diagnose von Dr. G.____ sei daher falsch. Die lediglich halbständige Untersuchung für die erstmalige Begutachtung der recht nervösen und deswegen sehr unsicheren Beschwerdeführerin, deren Muttersprache Kroatisch und nicht Deutsch sei, sei nicht angemessen gewesen. Zudem wecke auch das Privatgutachten von Dr. C.____ erhebliche Zweifel an der Aussagekraft des Gutachtens von Dr. G.____, weshalb die Voraussetzungen gegeben seien, ein Gerichtsgutachten anzuordnen.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 3. Februar 2014 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung führte sie aus, dass der behandelnde Psychiater keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte vorgebracht habe, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet seien, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen. Berichte von behandelnden Ärzten seien zudem



aufgrund von deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen, da behandelnde Ärzte im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihres Patienten aussagten. Ausserdem habe Dr. G.____ einleuchtend erklärt, weshalb auf den Bericht von Dr. C.____ nicht abgestellt werden könne. Der Vorwurf, die Begutachtung habe lediglich eine halbe Stunde gedauert, sei in Anbetracht des Umfangs des Gutachtens und aufgrund des Umstandes, dass der Gutachter explizit erklärt habe, dass die Begutachtung ca. eineinhalb Stunden gedauert habe, unhaltbar. Des Weiteren dürften psychodiagnostische Testungen nur im Gesamtkontext der Untersuchungsergebnisse gelesen und ausgewertet werden. Auch die Hamilton-Skala könne höchstens als Hilfsmittel dienen und sei mit den anderen Untersuchungsbeobachtungen abzugleichen. Im vorliegenden Fall liege der Hamilton-Punktwert im unteren Bereich leichter Depressionen, was die Einschätzung von Dr. G.____ nicht als widersprüchlich erscheinen lasse. Auch das Argument, die Begutachtung sei eine Momentaufnahme und deshalb nicht geeignet, ein vollständiges Bild des Gesundheitszustandes zu liefern, sei nicht geeignet, die Überzeugungskraft des Gutachtens von Dr. G.____ zu schmälern. Denn zum einen habe Dr. G.____ über die medizinischen Vorakten verfügt, welche ihm die durch die Langzeitbeobachtung gewonnenen Erkenntnisse vermittelt hätten. Zum anderen lasse eine Langzeitbeobachtung die Gefahr entstehen, dass die Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung der versicherten Person den behandelnden Arzt dazu bringe, diese Überzeugung zu teilen und damit als objektiv zu betrachten. Das Gutachten von Dr. G.____ erfülle sämtliche rechtsprechungsgemässen Kriterien der Beweistauglichkeit, weshalb darauf abzustellen sei.

B.c Mit Replik vom 27. März 2014 (act. G 8) brachte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ergänzend vor, Dr. C.____ bezweifle aufgrund des Ablaufs der Begutachtung, dass überhaupt eine umfassende Abklärung möglich gewesen sei. Dies könne auch daran gelegen haben, dass kein Dolmetscher verlangt worden sei. Hätte die Beschwerdeführerin nämlich gewusst, was bei der Untersuchung auf sie zukomme und dass sie ihren Gesundheitszustand nur oberflächlich und für sie nicht ausreichend erklären könne, hätte sie einen Dolmetscher verlangt. Die eigentliche Begutachtung habe nur 30 Minuten gedauert, was eindeutig zu wenig sei. Gemäss Dr. C.____ hätten aber auch eineinhalb Stunden kaum genügt, um die Problematik umfassend erfassen und verstehen zu können. Der der Replik beigelegten Stellungnahme von Dr. C.____ vom 6. Februar 2014 (act. G 8.1) war zu entnehmen, dass die Begutachtung gemäss



der Beschwerdeführerin insgesamt eine Stunde gedauert habe. Die Beschwerdeführerin habe eine Frage nach der anderen beantworten müssen und sich dabei nicht wirklich ausdrücken können. Die Hamilton-Skala sei tatsächlich nur ein Hilfsmittel. Allerdings habe es der Gutachter unterlassen, seine Beurteilung zu erläutern, zumal ein Wert von 11 bedeute, dass Hinweise auf eine leichte Depression vorlägen. Zudem habe Dr. G.____ auf die von ihm erwähnten Symptome, die für die Diagnose einer mittelgradigen Depression sprächen, keinen Bezug genommen. Eine differentialdiagnostische Diskussion sei nicht erfolgt. Aus diesem Grund sei die Herleitung der Diagnose im Gutachten oberflächlich begründet und nicht nachvollziehbar. Die Beschwerdeführerin habe eine lange Leidensgeschichte, die nur schwer in ein- bis eineinhalb Stunden zu erfassen und zu verstehen sei. Da es sich bei ihr um eine differenzierte Person handle, brauche auch ein erfahrener Gutachter wie Dr. G.____ mit Sicherheit mehr Zeit, um die Problematik umfassend zu erfassen und zu verstehen.

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (vgl. act. G 10).

Erwägungen

1.

1.1 Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat geltend gemacht, dass die Beschwerdegegnerin ihre Begründungspflicht verletzt habe, indem sie nicht auf die Einwände bezüglich des Ablaufs der Begutachtung und der unterschiedlichen psychiatrischen Beurteilungen eingegangen sei.

1.2 Verfügungen sind zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Die Begründungspflicht ist ein wesentlicher Bestandteil des in Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (SR 101) verfassungsrechtlich verankerten Anspruchs auf rechtliches Gehör. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung soll die Begründungspflicht zum einen verhindern, dass sich die Verwaltungsbehörde von unsachlichen Motiven leiten lässt. Zum anderen soll sie es der betroffenen Person ermöglichen, die Verfügung



gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. In der Entscheidungsbegründung müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Verwaltungsbehörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 124 V 180 E. 1a mit Hinweisen).

1.3 Der angefochtenen Verfügung ist zu entnehmen, dass der Rentenentscheid auf dem Gutachten von Dr. G.____ basiert und die Beschwerdegegnerin eine erneute psychiatrische Begutachtung als nicht notwendig erachtet hat. Diese Informationen haben ausgereicht, um den Rentenentscheid sachgerecht anfechten zu können. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Begründungspflicht somit nicht verletzt.

2.

2.1 Die Beschwerdeführerin hat sich erstmals im März 2010 wegen eines Burnouts zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet. Das Verfahren war im Juni 2010 abgeschlossen worden, da die Beschwerdeführerin ab April 2010 wieder zu 80 % in ihrer angestammten Tätigkeit gearbeitet hatte. Im Januar 2012 hat sich die Beschwerdeführerin erneut bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug angemeldet. Gemäss Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Die Beschwerdeführerin war vom 14. August bis 8. September 2011 in stationärer Behandlung in der Klinik D.____. Die Psychologinnen der Klinik hatten erklärt, dass die Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt des Klinikaustritts weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei. Dr. C.____ hatte diese Einschätzung am 10. Oktober 2011 bestätigt. Am 29. März 2012 hatte er dem RAD telefonisch mitgeteilt, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin instabil sei und die volle Arbeitsunfähigkeit weiterhin anhalte. Durch den Austrittsbericht der Klinik D.____ und insbesondere die Berichte von Dr. C.____ hat die Beschwerdeführerin eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes seit der Abweisung des



Leistungsbegehrens am 25. Juni 2010 glaubhaft gemacht, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Wiederanmeldung eingetreten ist.

2.2 Mit der angefochtenen Verfügung vom 7. November 2013 hat die Beschwerdegegnerin eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes verneint und das Rentengesuch abgewiesen. Nach Art. 29 Abs. 1 ATSG hat sich jede Person, die eine Versicherungsleistung beansprucht, beim zuständigen Versicherungsträger anzumelden. Der Wortlaut dieser Bestimmung unterscheidet nicht zwischen erstmaligen Anmeldungen und Neu- bzw. Wiederanmeldungen, d.h. Anmeldungen von Personen, die bereits früher eine Anmeldung eingereicht haben, deren Leistungsgesuch damals aber formell rechtskräftig abgewiesen worden ist. Dies erscheint vor dem Hintergrund, dass es generell die Aufgabe des Verwaltungsverfahrensrechts ist, möglichst allen Personen diejenigen Leistungen zu verschaffen, auf die sie materiell-rechtlich einen Anspruch haben, korrekt. Der Sozialversicherungsträger ist somit gezwungen, eine Neuanmeldung zu prüfen, auch wenn ein Leistungsanspruch bereits früher rechtskräftig verneint worden ist. Dabei soll Art. 87 Abs. 3 IVV verhindern, dass sich der Sozialversicherungsträger nach vorangegangener rechtskräftiger Leistungsverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Gesuchen befassen muss (BGE 117 V 198 E. 4a mit Hinweis). Tritt der Versicherungsträger also auf eine Neuanmeldung ein, hat er das Gesuch materiell wie eine erstmalige Anmeldung umfassend zu prüfen (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. März 2015, IV 2012/430 E. 1). Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet somit die Frage, ob die Beschwerdegegnerin das Rentengesuch zu Recht abgewiesen hat. Für die Beantwortung dieser Frage ist folglich nicht relevant, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Abweisungsverfügung vom 25. Juni 2010 tatsächlich verändert hat.

2.3 Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf



dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.4 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei 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 (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

2.5 Bei nichterwerbstätigen versicherten Personen im Sinne von Art. 5 Abs. 1 IVG – namentlich bei im Haushalt tätigen Personen – wird für die Bemessung der Invalidität darauf abgestellt, in welchem Mass eine Behinderung besteht, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (spezifische Methode des Betätigungsvergleichs; Art. 28a Abs. 2 IVG). Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen versicherten Personen gilt unter anderem die übliche Tätigkeit im Haushalt sowie die Erziehung der Kinder (Art. 27 IVV). Bei versicherten Personen, die teilweise erwerbstätig sind, erfolgt die Invaliditätsbemessung nach der gemischten Methode. Dabei sind die Anteile der Erwerbstätigkeit und der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzustellen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG).

3.

3.1 Vorab ist zu klären, anhand welcher Methode (Einkommensvergleich, gemischte Methode oder Betätigungsvergleich) die Invaliditätsbemessung im vorliegenden Fall vorzunehmen ist.



3.2 Die Beschwerdeführerin ist ab dem 1. August 2009 zu 100 % als Produktionsmitarbeiterin tätig gewesen. Per 1. April 2010 hat sie das Pensum auf 80 % reduziert. Begründet hat sie dies damit, dass sie mit dem Vollpensum nicht klargekommen sei und auch zu Hause alles perfekt machen wolle. Der ehemalige Psychiater der Beschwerdeführerin, Dr. B.____, hat angegeben, dass die Pensumsreduktion wegen der eingeschränkten Belastbarkeit der Beschwerdeführerin erfolgt sei. Er hat die Reduktion der Erwerbstätigkeit somit ausschliesslich auf die gesundheitlichen Probleme der Beschwerdeführerin zurückgeführt. Dafür, dass die Pensumsreduktion aus gesundheitlichen Gründen erfolgt ist, spricht auch, dass sie kurz nach der ersten Anmeldung bei der Invalidenversicherung erfolgt ist. Es ist daher davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Probleme im Verfügungszeitpunkt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu 100 % erwerbstätig gewesen wäre. Der IV-Grad ist daher anhand eines reinen Einkommensvergleichs zu ermitteln.

4.

4.1 Um den IV-Grad ermitteln zu können, muss die Arbeitsfähigkeit bzw. die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin im Verfügungszeitpunkt mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Die Beschwerdeführerin hat psychische Beeinträchtigungen geltend gemacht.

4.2 Der psychiatrische Gutachter Dr. G.____ hat bei der Beschwerdeführerin eine Angst und depressive Störung, gemischt, diagnostiziert und erklärt, dass sich mit dieser Diagnose keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im IV-rechtlichen Sinne begründen lasse. Das Bundesgericht hat in seiner jüngeren Rechtsprechung den funktionellen Auswirkungen einer gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit sowie den persönlichen Ressourcen der betroffenen Person mehr Gewicht beigemessen (vgl. BGE 141 V 281). Diese Praxisänderung hat zur Folge, dass aus den medizinischen Unterlagen genauer als bisher ersichtlich sein muss, welche funktionellen Ausfälle in Beruf und Alltag aus den Gesundheitsschäden resultieren. Die Diagnosestellung hat somit stärker als bis anhin die entsprechenden Auswirkungen der diagnoserelevanten Befunde zu berücksichtigen. Medizinisch muss schlüssig begründet sein, inwiefern sich aus den funktionellen Ausfällen bei objektivierter



Zumutbarkeitsbeurteilung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt (vgl. BGE 141 V 574 E. 4.2). Dr. G.____ ist nicht auf die gesundheitsbedingten funktionellen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auf ihre Arbeitsfähigkeit eingegangen, sondern hat einfach aufgrund der von ihm gestellten Diagnose geschlossen, dass keine Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Sein Gutachten erweist sich insofern als unvollständig. Zwar bestünde in einem solchen Fall die Möglichkeit, das Gutachten durch Dr. G.____ ergänzen zu lassen. Vor dem Hintergrund, dass der behandelnde Psychiater Dr. C.____ in seinem Bericht vom 1. November 2012 der Beschwerdeführerin eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, diagnostiziert hat und die Arbeitsfähigkeit auf 0 % geschätzt hat, erscheint jedoch eine neue psychiatrische Begutachtung als angezeigt. Der noch zu beauftragende Gutachter wird dabei die Krankheitsgeschichte der Beschwerdeführerin bei Dr. B.____ bzw. Dr. C.____ einholen müssen.

4.3 Zu prüfen bleibt, ob die Beschwerdegegnerin oder das Gericht die psychiatrische Neubegutachtung in Auftrag gegeben muss, d.h. ob die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen oder ein Gerichtsgutachten zu veranlassen ist. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung holt ein kantonales Versicherungsgericht in der Regel dann ein Gerichtsgutachten ein, wenn es im Rahmen der Beweiswürdigung zum Schluss kommt, ein bereits erhobener medizinischer Sachverhalt müsse (insgesamt oder in wesentlichen Teilen) noch gutachtlich geklärt werden oder eine Administrativexpertise sei in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn es darum geht, zu einer bisher vollständig ungeklärten Frage ein Gutachten einzuholen. Ebenso steht es dem Versicherungsgericht frei, eine Sache zurückzuweisen, wenn allein eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 11. Dezember 2014, 8C_633/2014 E. 3.2; BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Im vorliegenden Fall liegt ein nicht beweiskräftiges psychiatrisches Administrativgutachten im Recht. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung müsste in diesem Fall ein Gerichtsgutachten eingeholt werden. Die bundesgerichtliche Praxis leuchtet jedoch nicht ein: Die Beschwerdegegnerin ist gestützt auf Art. 43 Abs. 1 ATSG verpflichtet, die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Die Beschwerdegegnerin hat somit u.a. den medizinischen Sachverhalt soweit abzuklären, dass die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person mit



dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht. Die Beschwerdegegnerin hat die Arbeitsunfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht nur ungenügend abgeklärt. Würde das Versicherungsgericht nun ein Gerichtsgutachten in Auftrag geben, würde es eine der Beschwerdegegnerin obliegende Aufgabe sozusagen „übernehmen“. Dies wäre jedoch rechtswidrig, da der Gesetzgeber diese Aufgabe, d.h. die rechtsgenügeliche Ermittlung des Sachverhalts, der Beschwerdegegnerin zugewiesen hat. Eine solche Rechtsverletzung kann durch die vom Bundesgericht angeführten Vorteile von Gerichtsgutachten, namentlich der Straffung des Gesamtverfahrens und der beschleunigten Rechtsgewährung (siehe BGE 137 V 210 E. 4.4.1.2), nicht „geheilt“ werden. Zu beachten ist auch, dass einer versicherten Person durch die Einholung eines Gerichtsgutachtens die Möglichkeit genommen wird, den Rentenentscheid von zwei Instanzen überprüfen zu lassen. Dies ist insbesondere auch deshalb problematisch, weil das Bundesgericht nur über eine eingeschränkte Kognition verfügt, d.h. es kann den vom kantonalen Versicherungsgericht festgestellten Sachverhalt nur eingeschränkt überprüfen (siehe Art. 97 des Bundesgerichtsgesetzes, SR 173.110). Die Einholung eines Gerichtsgutachtens ist deshalb nur in jenen Fällen angezeigt, in denen die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt zwar rechtsgenügelich abgeklärt hat, für die rechtliche Würdigung aber trotzdem die Einholung eines weiteren Gutachtens notwendig ist, namentlich weil zwei (oder mehr) überzeugende, sich jedoch widersprechende Arbeitsfähigkeitsschätzungen im Recht liegen. Dies ist vorliegend nicht der Fall. Demnach ist die angefochtene Verfügung gestützt auf Art. 43 Abs. 1 ATSG aufzuheben und die Sache zur neuen psychiatrischen Begutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

5.

5.1 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. Praxisgemäss ist die Rückweisung der Sache zur ergänzenden Abklärung und neuen Beurteilung an die Verwaltung als volles Obsiegen der beschwerdeführenden Partei zu werten (BGE 132 V 215 E. 6.2). Dementsprechend ist die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- vollumfänglich der



Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

5.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter hat keine Honorarnote eingereicht. In einem Fall mit mittlerem Aufwand und Schwierigkeitsgrad wird praxisgemäss eine Pauschalentschädigung von Fr. 3'500.-- ausgerichtet. Der Aufwand ist im vorliegenden Fall wegen des dünnen Aktendossiers unterdurchschnittlich gewesen. Zudem sind die Beschwerdeschrift und die Replik vergleichsweise kurz ausgefallen. Eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) erscheint daher als angemessen.

Entscheid

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 7. November 2013 aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zur anschliessenden Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; der geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- zu bezahlen.