



Fall-Nr.:	IV 2014/268
Stelle:	Versicherungsgericht
Rubrik:	IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum:	19.09.2019
Entscheiddatum:	27.03.2017

Entscheid Versicherungsgericht, 27.03.2017

Art. 43 Abs. 1 ATSG. Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes. Da die Arbeitsfähigkeiten aus orthopädischer und psychiatrischer Sicht nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen, ist die Sache zur Neubegutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Teilweise Gutheissung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. März 2017, IV 2014/268). Entscheid vom 27. März 2017 Besetzung Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterin Monika Gehrler-Hug, Versicherungsrichter Ralph Jöhl; Gerichtsschreiberin Lea Hilzinger Geschäftsnr. IV 2014/268 Parteien A.___, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedernana, Rorschacher Strasse 21, Postfach 27, 9004 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt

A.

A.a A.___ meldete sich am 7. August 2006 wegen Rückenbeschwerden bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Sie gab an, in B.___ die Grundschule besucht zu haben. Einen Beruf habe sie nicht erlernt. Bis 2004 sei sie als Fabrikmitarbeiterin tätig gewesen. Seither sei sie arbeitslos. Gemäss dem IK-Auszug hatte die Versicherte im Jahr 2004 ein Erwerbseinkommen von Fr. 37'490.-- erzielt (IV-act. 5).

A.b Dr. med. C.___, Facharzt für Allgemeinmedizin, berichtete am 16. August 2006 (IV-act. 10), dass die Versicherte an den folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit leide:

- Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom und residuelles lumboradikuläres Syndrom S1 rechts



St.Galler Gerichte

- Hemilaminektomie L5 und Foraminotomie L5/S1 und Interlaminektomie L4/5 und Diskushernienausräumung L4/5 rechts am 22.11.2005 (fecit Prof. Dr. med. D.____) bei spondylotischer Einengung L5/S1 und Diskushernie L4/5 mediolateral rechts
- Parästhesien 4. und 5. Zehe, Parese der Zehenbeuger-Plantarflexion, chronische Schmerzen laterale Oberschenkel und Unterschenkel, gluteale Verkürzungen mit Anlaufschmerzen
- mittelgradige Depression mit Schlafstörungen
- arterielle Hypertonie
- chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp
- grosses Diskushernien-Rezidiv L4/5 (Juli 2006).

A.c Dr. C.____ attestierte der Versicherten für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit vom 21. November 2005 bis 2. Mai 2006 eine 100 %ige, vom 3. Mai bis 16. Juli 2006 eine 50 %ige und vom 17. Juli 2006 bis auf weiteres wieder eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit. Die Klinik Valens hatte im vorläufigen Austrittsbericht vom 26. April 2006 ebenfalls unter anderem die Diagnose einer mittelgradigen Depression genannt (Fremdakten, nicht nummeriert).

A.d Die E.____ AG berichtete am 24. August 2006 (IV-act. 14), dass sie die Versicherte vom 14. Mai 1990 bis 31. Dezember 2004 als Nachseherin/Schifflifüllerin beschäftigt habe. Die Kündigung sei aus wirtschaftlichen Gründen erfolgt. Die Versicherte habe bei einem Vollpensum einen Jahreslohn von Fr. 36'790.-- erzielt (13 x Fr. 2'830.--; Stand 31.12.2004).

A.e Prof. Dr. med. D.____, FMH Neurochirurgie, erklärte am 23. November 2006 (IV-act. 23), dass die Versicherte (Anfang Oktober) operiert worden sei. Sie sei wegen einer Lumboischialgie rechts (Rezidiv) mindestens bis Ende Jahr zu 100 % arbeitsunfähig. Dr. med. F.____, leitende Ärztin der psychiatrischen Klinik G.____, berichtete am 27. Dezember 2006 (IV-act. 25), dass die Versicherte an einer schwergradigen depressiven Störung und an einer Angststörung gemischt (ICD-10: F32.2, F41.2) leide. Die



St.Galler Gerichte

Versicherte sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit seit November 2005 und bis auf weiteres voll arbeitsunfähig.

A.f Am 28. August 2007 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass eine medizinische

Abklärung notwendig sei, die durch die ABI Aerztliches Begutachtungsinstitut GmbH (nachfolgend: ABI) erfolgen werde (IV-act. 31). Da sich die Versicherte einer Untersuchung durch diese Gutachterstelle verweigerte (IV-act. 34, 36 und 38), wies die IV-Stelle das Gesuch um berufliche Massnahmen und das Rentengesuch mit Verfügung vom 26. November 2007 ab (IV-act. 40). Das Versicherungsgericht hiess die gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde mit Entscheid vom 25. September 2008 teilweise gut, hob die angefochtene Verfügung auf und wies die Sache zur Entscheidung über das Ausstandsbegehren an die IV-Stelle zurück. Die IV-Stelle hielt weiter an der Begutachtung durch das ABI fest (IV-act. 66), was die Versicherte akzeptierte.

A.g Die polydisziplinäre (internistische, psychiatrische und rheumatologische) Begutachtung durch das ABI erfolgte am 13. Mai 2009 (Gutachten vom 25. Juni 2009, IV-act. 71). Die Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lauteten:

- Chronisches residuelles, sensibles lumboradikuläres Ausfallsyndrom L5/S1 rechts (M54.4)
- Status nach Totallaminektomie L5 und Ausräumung einer Rezidivdiskushernie L4/5 beidseits mit Befreiung der Nervenwurzel L5/S1 rechts bei Verwachsungen am 3.10.2006
- Status nach Diskushernienausräumung L4/5 rechts mit Hemilaminektomie und Interlaminektomie L4/5 sowie Foraminotomie L5/S1 bei spondylotischer Einengung L5/S1 am 22.11.2005 bei rezidivierenden Diskushernien L4/5 mediolateral rechts bei klinischer Affektion der Nervenwurzel S1 rechts
- deutliche muskuläre Dekonditionierung mit Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskulatur



St.Galler Gerichte

- allgemeine Haltungsinsuffizienz (betonte Lendenlordose, betonte Kyphosierung im zervikothorakalen Übergang)

- leichte depressive Episode (F32.0).

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gaben die Gutachter ein inkomplettes metabolisches Syndrom sowie anamnestisch ein paroxysmales tachykardes Vorhofflimmern an. Der rheumatologische Gutachter Dr. med. H. ___ kam zum Schluss, dass der Versicherten aus rheumatologischer Sicht die angestammte Tätigkeit sowie jede andere mittelschwere bis schwerbelastende Tätigkeit wegen der pathologischen Befunde im Bereich der lumbalen Wirbelsäule seit dem 21. November 2004 nicht mehr zumutbar seien. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit bestehe aus rheumatologischer Sicht spätestens seit dem Zeitpunkt der Begutachtung eine maximal 70 %ige Arbeitsfähigkeit (2 x 3 Stunden pro Tag mit verlängerter Mittagspause zur Erholung). Die Versicherte müsse ihre Arbeitsposition regelmässig wechseln können; Oberkörpervorneigepositionen und stereotype Rotationsbewegungen der Wirbelsäule und das Ziehen, Stossen und Heben von Lasten über 10 kg seien ihr nicht mehr zumutbar. Der psychiatrische Sachverständige Dr. med. I. ___ schätzte die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht auf 20 %. Eine mittelgradige oder gar schwere depressive Störung liege nicht vor. Die Versicherte sei nicht suizidal und leide nicht an deutlichen Konzentrationsstörungen. Es sei durchaus möglich, dass die Versicherte, wie die Klinik Valens und der Hausarzt berichtet hätten, im Jahr 2006 an einer mittelgradigen Depression gelitten habe. Die von Dr. F. ___ gestellten Diagnosen liessen sich demgegenüber nicht nachvollziehen. Bei der Diagnose einer depressiven Episode könne gemäss der ICD-10 nicht gleichzeitig eine Angst und depressive Störung, gemischt, diagnostiziert werden, da es sich bei letzterer um eine leichtere Störung handle; wenn die Symptomatik genügend deutlich ausgeprägt sei, müsse die Diagnose einer depressiven Episode gestellt werden. Die Versicherte sei zwar in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, sie erhalte aber keine eigentliche antidepressive Medikation. Würde eine deutliche depressive Störung vorliegen, würde die Versicherte eine antidepressive Medikation erhalten. Zudem nehme die Versicherte ein Hypnotikum ein, das depressive Symptome und insbesondere Schlafstörungen verstärken könne. Auch eine schlechte Schlafhygiene könne zu verstärkten Schlafstörungen führen. Die Versicherte habe



durchaus Kontakte zu ihren Kolleginnen. Innerhalb der Familie bestehe eine gute Beziehungssituation. Ein sozialer Rückzug wäre bei einer mittelgradigen Depression deutlicher ausgeprägt. Da die Versicherte im Haushalt durch die Familie unterstützt werde, bestehe auch ein gewisser sekundärer Krankheitsgewinn. Aus polydisziplinärer Sicht legten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit mit der Begründung, dass die Versicherte dieselben Zeitabschnitte zum Einlegen von Pausen und zur Erholung nutzen könne, auf 70 % fest. RAD-Arzt Dr. med. J.____ notierte am 10. Juli 2009, dass das ABI-Gutachten umfassend, kohärent, nachvollziehbar und in sich widerspruchsfrei sei, weshalb vollumfänglich auf es abgestellt werden könne (IV-act. 72).

A.h Mit Verfügung vom 8. September 2009 wies die IV-Stelle das Rentengesuch bei einem Arbeitsunfähigkeits- und IV-Grad von 30 % ab (IV-act. 82). Gegen diese Verfügung liess die Versicherte Beschwerde erheben (IV-act. 88). Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte ihr Rechtsvertreter zwei Berichte von Dr. med. K.____, Facharzt für Neurochirurgie, ein (IV-act. 106). Dieser hatte am 18. und 26. September 2009 berichtet, dass im Laufe der letzten Monate zu den gewohnten Schmerzen plötzlich einsetzende, stechende und einschliessende Schmerzen im Kreuz hinzugekommen seien, nach denen die Versicherte einige Tage stärkere Kreuzschmerzen gehabt habe. RAD-Arzt Dr. J.____ hielt am 22. Dezember 2009 fest, dass weitere medizinische Abklärungen angezeigt seien (IV-act. 113). Am 24. Dezember 2009 widerrief die IV-Stelle die Abweisungsverfügung vom 8. September 2009 (IV-act. 118), woraufhin das Beschwerdeverfahren abgeschlossen wurde (IV-act. 122).

A.i Dr. K.____ berichtete am 28. Januar 2010 (IV-act. 126), dass die Versicherte nach Facettenglenksinfiltrationen für eine gute Woche eine ca. 50 %ige Besserung erlebt habe. Danach seien die Schmerzen im gewohnten Umfang wiedergekommen. Eine Operationsindikation könne er angesichts der vorausgegangenen Operationen und des lange bestehenden chronischen Schmerzsyndroms sowie der Depression nur mit etwas Überwindung stellen. RAD-Arzt Dr. J.____ erklärte am 26. März 2010, dass eine Vergleichsbegutachtung notwendig sei (IV-act. 127).

A.j Dr. K.____ informierte am 9. April 2010 darüber (IV-act. 131), dass sich die Versicherte am 24. März 2010 einer dynamischen Spondylodese L4-L5-S1 bds.



St.Galler Gerichte

unterzogen habe. Die Arbeitsfähigkeit könne vier bis sechs Monate nach der Operation festgelegt werden. Dr. F.____ berichtete am 20. April 2010 (IV-act. 138), dass die Versicherte seit 2006 an einer schwergradigen depressiven Erkrankung und an einer komorbiden Angststörung leide. Sie sei voll arbeitsunfähig. Die chirurgischen Eingriffe hätten zusätzliche Belastungen dargestellt. Der schwere medikamentöse Suizidversuch vom 8. April 2010 nach dem letzten chirurgischen Eingriff könne in diesem Kontext verstanden werden. Die Versicherte befinde sich zurzeit in stationärer psychiatrischer Behandlung. RAD-Arzt Dr. J.____ wies am 2. Mai 2010 darauf hin, dass eine Begutachtung aktuell keinen Sinn mache (IV-act. 139).

A.k Die Psychiatrische Klinik L.____ gab im Austrittsbericht vom 17. Mai 2010 an (IV-act. 150), dass die Versicherte vom 9. April bis 3. Mai 2010 hospitalisiert gewesen sei. Als Diagnosen nannten die Klinikärzte einen Status nach Suizidversuch durch Tablettenintoxikation am 8. April 2010, eine rezidivierende schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F33.2), Störungen durch Sedativa oder Hypnotika, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinente, aber in beschützender Umgebung (F13.21), sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4). Dr. F.____ teilte am 20. Juni 2010 mit (IV-act. 144), dass eine deutliche Verschlechterung der rezidivierenden depressiven Störung aufgetreten sei. Die Versicherte sei aus psychiatrischer Sicht voll arbeitsunfähig. Am 16. September 2010 bestätigte dieselbe Ärztin, dass die Versicherte aus psychiatrischer Sicht weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig sei. Dr. K.____ erklärte am 28. Oktober 2010 (IV-act. 154), dass der Gesundheitszustand der Versicherten stationär sei. Nach der Spondylodese sei eine partielle Besserung eingetreten. Es bestehe weiterhin eine belastungsabhängige Lumboischialgie. Die Versicherte sei in jeglicher Tätigkeit voll arbeitsunfähig. RAD-Arzt Dr. J.____ notierte am 16. November 2010, dass die Vergleichsbegutachtung in Auftrag gegeben werden könne (IV-act. 155).

A.l Die polydisziplinäre (internistische, psychiatrische und orthopädische) Begutachtung fand am 10. Mai 2011 statt (Gutachten vom 16. August 2011, IV-act. 165). Die Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lauteten:

- Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne eindeutige radikuläre Symptomatik



- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (F33.0).

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gaben die Gutachter eine Schmerzverarbeitungsstörung (F54), ängstliche Persönlichkeitszüge (Z73.0), ein inkomplettes metabolisches Syndrom und anamnestisch ein paroxysmales tachykardes Vorhofflimmern an. Die Einschätzung der Gutachter entsprach sowohl aus psychiatrischer Sicht wie auch von Seiten des Bewegungsapparates jener der Vorgutachter (Gutachten vom Juni 2009). Die Gutachter kamen zum Schluss, dass die Arbeitsunfähigkeit lediglich im Jahr 2010 vorübergehend höher gewesen sei; ab dem 24. März 2010 (Operationstermin) habe für sechs Monate eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die von den behandelnden Ärzten diagnostizierte schwere depressive Störung und deren Arbeitsfähigkeitsschätzung korrelierten nicht mit den gutachterlichen Befunden. Auch anamnestisch bestünden keine Hinweise für eine längerdauernde höhergradige depressive Episode. Die Versicherte sei daher in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig (ganztägiges Pensum mit vermehrten Pausen). RAD-Arzt Dr. J.____ bezeichnete das ABI-Gutachten am 30. August 2011 als umfassend, konsistent, nachvollziehbar und in sich widerspruchsfrei; auf das Gutachten könne vollumfänglich abgestellt werden (IV-act. 166).

A.m Mit Verfügung vom 26. März 2012 wies die IV-Stelle das Rentengesuch der Versicherten bei einem Arbeitsunfähigkeits- und IV-Grad von 30 % erneut ab (IV-act. 177). Tags darauf reichte der Rechtsvertreter der Versicherten einen Bericht der Klinik M.____ vom 14. März 2012 über einen Rehabilitationsaufenthalt vom 30. Januar bis 24. Februar 2012 ein (IV-act. 178). Dr. med. N.____, Chefarzt, hatte darin als Diagnosen eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (F33.2) sowie eine generalisierte Angststörung (F41.1) genannt. Er hatte dargelegt, dass den therapeutischen Möglichkeiten aufgrund der ausgeprägten alexythymen Züge enge Grenzen gesetzt gewesen seien. Die Versicherte sei beim Austritt voll arbeitsunfähig gewesen. Am 9. Mai 2012 liess die Versicherte Beschwerde gegen die Abweisungsverfügung erheben (IV-act. 185). Der Beschwerde lag u.a. ein Operationsbericht von Dr. med. O.____, Spezialarzt Orthopädische Chirurgie (IV-act. 191-5 f.), bei. Dr. O.____ hatte als Diagnosen eine Chondropathie Grad III femoropatellär sowie des medialen Femurcondylus, eine



St.Galler Gerichte

mediale und laterale Meniskusläsion links sowie eine femoropatelläre Inkongruenz angegeben. Die Versicherte habe sich einer Arthroskopie und einem Shaving, einer Plicaresektion, einer medialen und lateralen Teilmeniskektomie und einer offenen Patellazentrierung unterzogen. RAD-Arzt Dr. J.____ erklärte am 20. April 2012, dass eine erneute polydisziplinäre Begutachtung notwendig sei (IV-act. 180). Am 16. Mai 2012 widerrief die IV-Stelle die Abweisungsverfügung vom 26. März 2012 (IV-act. 181). Das Beschwerdeverfahren wurde in der Folge abgeschrieben (IV-act. 201).

A.n Am 22. und 24. Oktober 2012 wurde die Versicherte polydisziplinär (internistisch, psychiatrisch und orthopädisch) durch die medas Ostschweiz begutachtet (Gutachten vom 15. Januar 2013, IV-act. 213). Die Gutachter gaben die folgenden Diagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit an:

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2)
 - Spondylodese L4/S1 mit lumbalen Restbeschwerden nach Diskushernie und Wurzelkompression L5 rechts, Osteochondrose L4 bis S1
 - beginnende femoropatelläre und mediale Gonarthrose links
- mediale und laterale Teilmeniskektomie, lateralisierte Patella links.

Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung nannten die Gutachter eine Adipositas, eine Dyslipidämie, chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp, ein Asthma bronchiale, einen Status nach tachykardem Vorhofflimmern, wahrscheinlich eine unerwünschte Nebenwirkung der Antidepressiva, eine arterielle Hypertonie und einen Verdacht auf eine medikamenteninduzierte Gastro-Oesophageale Refluxkrankheit. Der psychiatrische Gutachter med. pract. P.____ führte aus, dass er aufgrund der Vorbefunde und dem Untersuchungsgespräch aktuell von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode, ausgehe. Wie bereits im Bericht der Klinik M.____ beschrieben, habe die Versicherte eine deutliche Einschränkung der Mimik und Gestik gezeigt und die Grundstimmung sei herabgesetzt und die Schwingungsfähigkeit eingeschränkt gewesen. Daneben bestünden Schlafstörungen mit Ein- und Durchschlafproblemen, ein eingeschränkter Antrieb sowie diffuse Ängste.



Gemäss den Angaben der Versicherten hätten sich die Episoden zunehmend verstärkt; im heutigen Ausmass seien sie seit ca. eineinhalb bis zwei Jahren vorhanden. Da sich das Zustandsbild in der Klinik M.____ über längere Zeit durchgezogen habe, gehe er nicht davon aus, dass die Versicherte aggraviere. Auch im Untersuchungsgespräch hätten sich hierfür keine Hinweise gefunden; der Befund habe sich unverändert durch das ganze Gespräch durchgezogen. Die Schmerzproblematik sehe er zum Teil als Ausdruck der depressiven Symptomatik. Zudem gebe es einen deutlichen sozialen Rückzug ausserhalb der eigenen Familie. Bezüglich des Verlaufs sei es retrospektiv schwierig, eine Beurteilung abzugeben. Da es sich um einen schwankenden Verlauf handle, könne es zwischendurch auch bessere Episoden geben. Die Versicherte sei aus psychiatrischer Sicht spätestens seit dem Aufenthalt in der Klinik M.____ (Januar 2012) wegen einer deutlichen Verlangsamung und einer geringen Belastbarkeit in jeglicher Tätigkeit zu mindestens 70 % arbeitsunfähig. Sie sei nur noch in der Lage, kognitiv wenig anspruchsvolle Tätigkeiten zu verrichten. Er empfehle eine Optimierung der medikamentösen Therapie mit Kontrolle des Blutspiegels sowie eine Intensivierung der Therapie. Der orthopädische Gutachter Dr. med. Q.____ erklärte, dass die Versicherte bei der Untersuchung keine Ausstrahlungen mehr, sondern einen lokalen lumbalen Dauerschmerz angegeben habe. Die aktuelle Untersuchung sei deutlich beschwerdeärmer verlaufen und die Beweglichkeit der Wirbelsäule, namentlich die Inklination, habe zugenommen. Die lumbalen Beschwerden hätten sich also gebessert. In der zuletzt durchgeführten Aufnahme der LWS lägen im Vergleich zu postoperativ nach wie vor regelrechte Verhältnisse vor; die Versicherte habe vom Eingriff profitiert. Die Kernspintomographien beider Knie hätten keinen wesentlichen Seitenunterschied gezeigt, allenfalls sei die Situation retropatellär links etwas schlechter. Es handle sich aber durchaus um altersentsprechende Veränderungen. Die Kernspintomographie der Hüftgelenke hätten beginnende arthrotische Veränderungen im linken Hüftgelenk, die radiologisch kaum sichtbar seien, gezeigt. Die Belastbarkeit der lumbalen Wirbelsäule sei nach drei Eingriffen an den zwei gleichen Etagen vermindert. Aufgrund der Befunde am linken Knie bestünden eine geringere Steh- und Gehfähigkeit. Zwar habe sich die Versicherte bei der Tätigkeit als Nachseherin/Schifflifüllerin in der Textilproduktion bei gut laufender Maschine zwischenzeitlich hinsetzen können; die Arbeit habe sie aber auf verschiedenen Höhen verrichten müssen, was der Versicherten wegen dem gehäuften Bücken nicht mehr möglich sei. Ausserdem müssten bei dieser Tätigkeit auch die



ebenfalls behinderten Knie belastet werden. Insgesamt sei der Versicherten die zuletzt ausgeübte Tätigkeit daher aus orthopädischer Sicht nicht mehr zumutbar. Eine adaptierte, d.h. körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeit könne sie im Umfang von 60 % ausüben (Adaptionskriterien siehe Ziff. 6.6.4 des Gutachtens). Eine solche Tätigkeit sei ihr ab Anfang März 2006, d.h. drei Monate nach dem ersten Eingriff, zumutbar gewesen. Unterbrochen worden sei die Arbeitsfähigkeit durch einen ebenfalls dreimonatigen, vollständigen Arbeitsausfall nach dem zweiten Eingriff im Oktober 2006. Der Eingriff im Jahr 2010 habe eine sechsmonatige volle Arbeitsunfähigkeit zur Folge gehabt. In polydisziplinärer Hinsicht schätzten die Gutachter die Arbeitsunfähigkeit der Versicherten ab Januar 2012 (Eintritt in die M.____) auf mindestens 70 %.

A.o RAD-Arzt Dr. med. R.____ notierte am 18. März 2013, dass das Gutachten der medas Ostschweiz multiple Mängel aufweise (IV-act. 214). Erstens sei keine Untersuchung und Begutachtung durch einen Facharzt für Innere Medizin erfolgt. Zweitens seien in der „persönlichen Anamnese“ scheinbar Angaben der Versicherten mit der Vorgeschichte aus der Aktenlage vermischt worden. Auch sei unklar, auf welche Aktenstücke die erwähnte „probatorische Wurzelinfiltration“ an der Klinik Balgrist zurückgehe. Ausserdem lägen weder zur erwähnten Gastroskopie noch zum stationären Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik L.____ Unterlagen vor. Drittens seien Sachverhalte wiederholt geschildert worden. Viertens seien unter „Systemanamnese“ Bestandteile einer vegetativen Anamnese mit Organsystemen vermischt worden. Fünftens sei die Darstellung des internistischen Status inhaltlich und sprachlich zum Teil nicht nachvollziehbar. Sechstens habe der orthopädische Gutachter in der angestammten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr gesehen, in der „versicherungsmedizinischen Beurteilung“ sei jedoch lediglich von einer 70 %igen Arbeitsunfähigkeit die Rede. Siebtens seien zwar das orthopädische und das psychiatrische Teilgutachten, auch in ihren Schlussfolgerungen für die Arbeitsfähigkeit, nachvollziehbar. Allerdings bestünden zwischen dem psychiatrischen Teilgutachten und dem Bericht der Klinik M.____ vom März 2012 Widersprüche betreffend die Beschreibung der Verhältnisse im Elternhaus der Versicherten. Dr. R.____ erklärte weiter, dass er ein längeres Telefongespräch mit dem Chefarzt der medas Ostschweiz wegen den formalen Unzulänglichkeiten des Gutachtens geführt habe; dieser habe die kritisierten Punkte nachvollziehen können und eine Korrektur des „internistischen



Teilgutachtens“ angeboten. Nach der Diskussion des Falles innerhalb des RAD schlage er jedoch vor, auf das Gutachten abzustellen, da sich die zur Einschränkung der Leistungsfähigkeit führenden Gesundheitsschäden hauptsächlich im Bereich des orthopädischen und psychiatrischen Fachgebietes befänden. In der angestammten Tätigkeit bestehe demnach keine Arbeitsfähigkeit mehr. In einer leidensangepassten Tätigkeit sei die Versicherte seit etwa Januar 2012 zu 70 % arbeitsunfähig.

A.p Auf eine interne Anfrage eines IV-Sachbearbeiters vom 12. Dezember 2013 antwortete ein Rechtsdienstmitarbeiter am 9. Januar 2014 (IV-act. 221), dass ihm als medizinischem Laien die Diskrepanz zwischen der Funktionalität (Tagesablauf) und der Diagnosestellung (schwere Depression) nicht einzuleuchten vermöge. Zudem liessen sich die geltend gemachten Konzentrationsstörungen nicht in Einklang damit bringen, dass die Versicherte regelmässig Karten spiele. Auch die psychosoziale Komponente spreche gegen eine invalidisierende Wirkung. Es stelle sich die Frage, ob es sich bei der Beurteilung der medas Ostschweiz im Vergleich mit der Beurteilung des ABI nicht einfach um eine andere Würdigung desselben Sachverhalts handle. Im Grossen und Ganzen sei bei den Befunden nur die Mimik und Gestik anders gewesen. Dies könne zum einen durchaus von der „Tagesform“ abhängen, zum anderen dürfte es bei der dritten Medas-Begutachtung ein leichtes sein, sein Verhalten entsprechend anzupassen (zumal die Versicherte unterdessen gewusst habe, worauf geachtet werde). Dass med. pract. P.____ lediglich denselben Sachverhalt anders beurteilt habe, zeige sich auch in seiner Aussage, dass seines Erachtens bei der zweiten Begutachtung die Episode mit der Tablettenintoxikation und der schweren depressiven Symptomatik zu wenig berücksichtigt worden sei. Des Weiteren sei eine Therapiefrequenz mit einer Behandlung pro Monat nicht ausreichend. Ausserdem sei die Angelegenheit auch aus dem Blickwinkel der Gesamtfamilie fragwürdig. Laut den Akten des Ehemannes, der ebenfalls IV-Rentner und mittelgradig depressiv sei, habe dieser Mühe, eine Tagesstruktur einzuhalten. Bis am Mittag fühle er sich sehr schlapp, müde und leide unter starken Schmerzen. Gemäss den Angaben der Versicherten sei ihr Ehemann jedoch für sie ein überaus grosser Motivator. Er reisse sie immer mit, ohne ihn würde sie nichts machen. Diese widersprüchlichen Angaben liessen sich nicht unter einen Hut bringen. Insgesamt müssten somit auch die Angaben der Versicherten, auf die med. pract. P.____ mehrheitlich abgestellt habe, mit Vorsicht gewürdigt werden, deute doch vieles auf eine Rentenbegehrlichkeit aufgrund eines finanziellen Engpasses



hin. Seines Erachtens sei nach wie vor von einer 70 %igen Arbeitsfähigkeit adaptiert auszugehen und das Rentengesuch abzuweisen.

A.q Mit Vorbescheid vom 26. Februar 2014 (IV-act. 224) kündigte die IV-Stelle der Versicherten bei einem Arbeitsunfähigkeits- und IV-Grad von 30 % abermals die Abweisung des Rentengesuchs an. Dagegen liess die Versicherte am 6. März 2014 einwenden (IV-act. 225), das Problem von alexithymen Menschen sei ja gerade, dass sie keinen Zugang zu ihren Gefühlen hätten, dass also eine psychiatrische Behandlung nur bedingt wirksam sei. Bezüglich der psychosozialen Belastungen sei anzumerken, dass das Ehepaar sich überhaupt nicht in einer schwierigen finanziellen Lage befinde. Mit Verfügung vom 9. Mai 2014 wies die IV-Stelle das Rentengesuch der Versicherten aus den im Vorbescheid angegebenen Gründen ab (IV-act. 226).

B.

B.a Gegen diese Verfügung liess die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 21. Mai 2014 Beschwerde erheben (act. G 1). Ihr Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der Verfügung und die Zusprache einer vollen (gemeint wohl: ganzen) Rente ab Ablauf des Wartejahres. Zur Begründung machte er zusammengefasst geltend, dass auf das Gutachten der medas Ostschweiz abzustellen sei, wonach die Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit zu 70 % arbeitsunfähig sei. Die Gutachten des ABI überzeugten nicht. Es sei erstaunlich, dass sich die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) anmasse, die Einschätzung des eigenen RAD als falsch zu betrachten und an dessen Stelle (und an die Stelle der Gutachter) eine eigene Einschätzung zu setzen.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 17. Juli 2014 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Eventualiter sei eine weitere psychiatrische Begutachtung anzuordnen. Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung aus, dass das ABI und die medas Ostschweiz den gleichen Sachverhalt beurteilt hätten. Die unterschiedlichen Beurteilungen seien darauf zurückzuführen, dass sich die Gutachter der medas Ostschweiz in erster Linie von den subjektiven Aussagen der Beschwerdeführerin hätten leiten lassen. Hinzu komme, dass eine konsequente Depressionstherapie unabdingbare Voraussetzung für eine Rentenzusprache sei. Selbst der Gutachter der



St.Galler Gerichte

medas Ostschweiz sei davon ausgegangen, dass die medikamentöse Therapie optimiert und eine Intensivierung der Therapie erfolgen müsse. Die vom Rechtsvertreter erwähnte Diagnose einer Alexithymie sei in keinem Gutachten gestellt worden. Bezüglich der finanziellen Lage sei festzuhalten, dass im Gutachten der medas Ostschweiz auf S. 21 vermerkt sei, dass die Kinder finanzielle Unterstützung anböten.

B.c In seiner Replik vom 22. August 2014 (act. G 6) brachte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ergänzend vor, dass die Alexithymie zwar nicht auf der Diagnoseliste der medas Ostschweiz aufgeführt sei, die Gutachter jedoch auf S. 27 dazu Stellung genommen hätten. Die ABI-Gutachten genügten offensichtlich nicht den Ansprüchen an ein Gutachten, weshalb nicht auf sie abgestellt werden könne. Demgegenüber hätten die Gutachter der medas Ostschweiz genug Zeit für die Exploration aufgewendet und einen Dolmetscher beigezogen. Ein weiteres Gutachten wäre unsinnig.

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (vgl. act. G 7 f.).

Erwägungen

1.

1.1 Mit der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin abgelehnt. Strittig ist demnach, ob die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat oder nicht.

1.2 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 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) 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 ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

1.3 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist der Invaliditätsgrad 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.

2.1 Die Höhe des Invalideneinkommens hängt u.a. von der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ab. Die Beschwerdeführerin macht geltend, seit November 2005 in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt zu sein. Zunächst ist daher zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin aus gesundheitlichen Gründen zwischen November 2005 und Mai 2014 (Verfügungserlass) dauernd oder während längerer Zeit arbeitsunfähig gewesen ist.

2.2 In somatischer Hinsicht liegen insbesondere die ABI-Gutachten vom 25. Juni 2009 und 16. August 2011 und das Medas-Gutachten vom 15. Januar 2013 im Recht. Die Beschwerdeführerin hat sich im November 2005 und im Oktober 2006 (Rezidiv) je einer Diskushernienoperation L4/5 unterzogen. Der rheumatologische Gutachter Dr. H.____ hat im ABI-Gutachten vom Juni 2009 dargelegt, dass der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als Nachseherin/Schifflifüllerin in der Textilproduktion wegen eines chronischen residuellen sensiblen lumboradikulären Ausfallsyndroms nicht mehr zumutbar sei. Die Restarbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit betrage höchstens 70 %. Im März 2010 hat sich die Beschwerdeführerin einer Spondylodese L4-L5-S1 unterzogen. Der orthopädische Gutachter Dr. S.____ hat im Verlaufsgutachten vom August 2011 mit der Diagnose eines chronischen



lumbovertebralen Schmerzsyndroms ohne eindeutige radikuläre Symptomatik zwar nicht dieselbe Diagnose wie Dr. H.____ angegeben; er hat aber dessen Arbeitsfähigkeitsschätzung bestätigt. Am 1. Mai 2012 hat sich die Beschwerdeführerin wegen seit Jahren bestehenden Kniegelenksschmerzen ventral links einer Arthroskopie mit Shaving, Plicaresektion sowie medialer und lateraler Teilmeniskektomie unterzogen (IV-act. 191-5). Der orthopädische Gutachter der medas Ostschweiz, Dr. Q.____, hat im Gutachten vom 15. Januar 2013 erklärt, dass die Beschwerdeführerin bei der Untersuchung keine Ausstrahlungen mehr angegeben habe. Die aktuelle Untersuchung sei deutlich beschwerdeärmer verlaufen und die Beweglichkeit der Wirbelsäule habe zugenommen. Die lumbalen Beschwerden hätten sich also gebessert. Die Kernspintomographien der Knie hätten keinen wesentlichen Seitenunterschied gezeigt; es handle sich um altersentsprechende Veränderungen. Obwohl sich die Rückenproblematik gemäss Dr. Q.____ seit der letzten Begutachtung verbessert hatte und der Befund der Knie altersentsprechend gewesen war, hat Dr. Q.____ die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit mit 40 % höher eingeschätzt als die Vorgutachter. Da er den Beginn der 40 %igen Arbeitsunfähigkeit adaptiert rückwirkend auf März 2006 festgelegt hat, muss davon ausgegangen werden, dass es sich bei seiner Einschätzung um eine andere Beurteilung desselben medizinischen Sachverhalts handelt. Dr. Q.____ hat allerdings nicht begründet, weshalb die Vorgutachter die Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht in einer adaptierten Tätigkeit seines Erachtens zu tief bemessen haben. Daher lässt sich nicht beurteilen, welche Arbeitsfähigkeitsschätzung überzeugender ist resp. auf welche Einschätzung abzustellen ist. Aus diesem Grund ist eine orthopädische Neubegutachtung notwendig.

2.3 Als Nächstes ist zu prüfen, ob die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht. Die Beschwerdeführerin befindet sich seit Juli 2006 bei Dr. F.____ in psychiatrischer Behandlung (IV-act. 138). Diese hat der Beschwerdeführerin durchwegs eine schwergradige depressive Störung und eine Angststörung, gemischt, diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin ist erstmals im Mai 2009 psychiatrisch begutachtet worden. Dr. I.____ hat damals lediglich eine leichte depressive Episode diagnostiziert. Er hat jedoch erklärt, es sei möglich, dass im Jahr 2006 eine mittelgradige Depression vorgelegen habe. Wegen eines Suizidversuchs ist die



Beschwerdeführerin vom 9. April bis 3. Mai 2010 in der Psychiatrischen Klinik L.____ hospitalisiert gewesen. Die Klinikärzte haben damals unter anderem die Diagnose einer rezidivierenden schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome angegeben. Dr. T.____ hat bei der Begutachtung im Mai 2011 wiederum lediglich eine leichte depressive Symptomatik feststellen können (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode) und angemerkt, dass anamnestisch keine Hinweise für eine längerdauernde höhergradige depressive Episode bestünden. Vom 30. Januar bis 24. Februar 2012 hat die Beschwerdeführerin einen Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik M.____ absolviert. Dr. N.____ hat als Diagnosen eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung sowie eine generalisierte Angststörung genannt. Med. pract. P.____ von der medas Ostschweiz hat der Beschwerdeführerin – in Übereinstimmung mit den Behandlern – im Gutachten vom 15. Januar 2013 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, diagnostiziert. Er hat ausgeführt, dass er die Beurteilungen der beiden Vorgutachter aufgrund deren Angaben mehrheitlich nachvollziehen könne, wobei aus seiner Sicht bei der zweiten Begutachtung der Tablettenintoxikation mit suizidaler Absicht (April 2010) und der anschliessenden Hospitalisation sowie der Einschätzung der behandelnden Psychiaterin Dr. F.____ zu wenig Beachtung geschenkt worden sei (IV-act. 213-35). Med. pract. P.____ ist davon ausgegangen, dass die jetzige (schwere depressive) Symptomatik mindestens seit der Hospitalisation in der Klinik M.____ (Januar 2012) bestehe. Bei der gutachterlichen Untersuchung hat med. pract. P.____ keine Hinweise auf wesentliche Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisstörungen festgestellt. Das formale Denken sei verlangsamt, ansonsten aber geordnet gewesen. Inhaltliche Denkstörungen hätten nicht eruiert werden können. Der affektive Rapport sei herstellbar gewesen. Die Grundstimmung sei deutlich nach unten geschoben und die Schwingungsfähigkeit eingeschränkt gewesen. Im Antrieb habe die Beschwerdeführerin deutlich reduziert gewirkt und die Mimik und Gestik seien deutlich verarmt gewesen. Die Beschwerdeführerin habe resigniert-hoffnungslos gewirkt (IV-act. 213-23 f.). Dr. T.____ hat im Gutachten vom 15. August 2011 u.a. die folgenden psychopathologischen Befunde erhoben (IV-act. 165-27): Lebhaftige Mimik und Gestik, klagsame, herabgesetzte, leicht depressive Stimmung, die sich im Laufe der Untersuchung deutlich aufgehellt habe, guter affektiver Kontakt, herabgesetztes Selbstwertgefühl,



keine Einschränkung der Auffassungsgabe und der Konzentrationsfähigkeit, keine Hinweise für Merkfähigkeits- oder Gedächtnisstörungen, formal und inhaltlich unauffälliges Denken und keine wahnhaften Störungen etc. Zwar hat med. pract. P.____ einen etwas auffälligeren psychopathologischen Status beschrieben (deutlich nach unten geschobene Grundstimmung, eingeschränkte Schwingungsfähigkeit, deutlich reduzierter Antrieb und deutliche verarmte Mimik und Gestik). Die objektiven Befunde vermögen aus der Sicht eines medizinischen Laien aber nicht die erheblichen Unterschiede bei der Diagnosestellung zu erklären (leichte depressive Störung vs. schwere depressive Störung). Unter Berücksichtigung der Kritik von med. pract. P.____ am Teilgutachten von Dr. T.____ kommt der Verdacht auf, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zwischen der zweiten und dritten Begutachtung in tatsächlicher Hinsicht gar nicht wesentlich verschlechtert haben könnte, dass es sich also bei der Beurteilung von med. pract. P.____ lediglich um eine andere Einschätzung eines ähnlichen medizinischen Sachverhalts handeln könnte. Der Grund für die unterschiedlichen gutachterlichen (wie auch fachärztlichen) Einschätzungen könnte aber auch in einem schwankenden Verlauf der depressiven Störung liegen. Med. pract. P.____ ist nämlich von einem schwankenden Verlauf mit zwischendurch besseren Episoden ausgegangen. Ob ein schwankender Verlauf vorliegt, kann jedoch nur anhand der vollständigen psychiatrischen Krankengeschichte beurteilt werden, die nicht bei den Akten liegt. Sollte ein schwankender Verlauf vorliegen, würde sich die Frage stellen, welche Phase für die Arbeitsfähigkeitsschätzung heranzuziehen ist resp. ob eine Längsschnittbeurteilung vorzunehmen ist. Da hinsichtlich der Schwere der depressiven Symptomatik Unklarheiten bestehen, steht auch die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest. Somit ist auch eine psychiatrische Neubegutachtung erforderlich. Die zu beauftragende Gutachtensperson wird den Verlauf der Arbeitsfähigkeit ab 1. November 2005 anhand der vollständigen psychiatrischen Krankheitsgeschichte eruieren müssen.

2.4 Zu prüfen bleibt, ob die Beschwerdegegnerin oder das Gericht die orthopädische und psychiatrische Neubegutachtung in Auftrag geben muss, d.h. ob die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist oder ob das Gericht die Sachverhaltsabklärung zu übernehmen hat. 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 liegen bereits drei Administrativgutachten im Recht. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung müsste in diesem Fall ein Gerichtsgutachten eingeholt werden. Die Beschwerdegegnerin hat das dritte Gutachten vom Januar 2013 allerdings selber nicht als beweiskräftig angesehen und nicht darauf abgestellt. Im Beschwerdeverfahren hat sie dann auch eventualiter die Anordnung einer weiteren psychiatrischen Begutachtung beantragt. Es ist nicht die Aufgabe des Versicherungsgerichts, den Sachverhalt zu ermitteln. Diese Aufgabe hat der Gesetzgeber vielmehr der IV-Stelle zugewiesen (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Es wäre also gesetzwidrig, wenn das Gericht die Sachverhaltsermittlung von der IV-Stelle „übernehmen“ würde. Für eine Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin spricht auch, dass vor der Begutachtung die vollständige psychiatrische Krankengeschichte bei den Behandlern eingeholt werden muss. Die bidisziplinäre Neubegutachtung ist folglich durch die Beschwerdegegnerin in Auftrag zu geben.

2.5 In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung infolge Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes nach Art. 43 Abs. 1 ATSG aufzuheben und die Sache ist zur erneuten bidisziplinären (orthopädischen und psychiatrischen) Begutachtung im Sinne der obigen Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

3.

3.1 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.-- ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

3.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung 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 der Beschwerdeführerin hat keine Honorarnote eingereicht. In einem Fall mit mittlerem Aufwand und Schwierigkeitsgrad wird praxisgemäss eine Pauschalentschädigung von Fr. 3'500.-- ausgerichtet. Zwar ist der vorliegende Fall überdurchschnittlich aufwändig gewesen, da ein Rentenanspruch ab dem Jahr 2006 zu prüfen und drei medizinische Gutachten zu beurteilen gewesen sind. Der Rechtsvertreter hat die Beschwerdeführerin jedoch bereits seit dem Jahr 2007 im sozialversicherungsrechtlichen Verfahren (inkl. den Beschwerdeverfahren IV 2008/5, IV 2009/360 und IV 2012/167) vertreten. Da dem Rechtsvertreter die Streitsache daher bei Beschwerdeerhebung bereits hinlänglich bekannt gewesen ist, erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- im vorliegenden Fall dennoch als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin entsprechend mit Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

Entscheid

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 9. Mai 2014 aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung und anschliessenden Neuverfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.



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

3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.