



Fall-Nr.: IV 2014/357
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 15.11.2019
Entscheiddatum: 07.02.2017

Entscheid Versicherungsgericht, 07.02.2017

Art. 28 IVG. Invalidenrente. Rückweisung zur psychiatrischen Verlaufsbeurteilung, nachdem der Gesundheitszustand im Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht stabil war und sich danach - aber vor Verfügungserlass - gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztin eine mögliche Verschlechterung abgezeichnet hatte (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. Februar 2017, IV 2014/357). Entscheid vom 7. Februar 2017

Besetzung

Präsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiber Jürg Schutzbach

Geschäftsnr.

IV 2014/357

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Advokat lic. iur. Martin Boltshauser, c/o Procap Schweiz,
Frohburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 18. November 2009 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons St. Gallen als IV-Stelle (SVA) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (berufliche Massnahmen). Als Grund gab sie psychische Erkrankungen an (act. G 6.1/8). Ihre Arbeitsstelle als Raumpflegerin bei der B.____ AG, die sie während rund 20 Jahren inne hatte, wurde infolge Auslagerung der Hauswartung/Reinigung auf den 31. Dezember 2008 gekündigt. In der Folge wurde ihr Arbeitsverhältnis von der C.____ AG, übernommen, welche Stelle sie per 31. März 2011 ebenfalls verlor (act. G 6.1/17 und 79).

A.b Gegenüber dem Vertrauensarzt der Krankentaggeldversicherung gab Dr. med. D.____, Psychiatrie und Psychotherapie, am 30. Oktober 2009 an, die Versicherte habe sich ab Juni 2009 in einer schweren Lebenskrise befunden, die im Rahmen der Reorganisation ihrer früheren Arbeitgeberin begonnen habe. Die psychische Dekompensation habe sich nach der erneuten Kürzung des Arbeitspensums von 80 % auf 60 % im Juni 2009 zugespitzt (act. G 6.2). Mit ergänztem Gesprächsprotokoll vom 26. Januar 2010 gab Dr. D.____ gegenüber der SVA an, die Versicherte leide an einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion F43.21. Die depressive Symptomatik stehe im Zusammenhang mit der Kündigung bei der B.____ AG Ende 2008 (act. G 6.1/26.1). Der Hausarzt der Versicherten, Dr. med. E.____, Allgemeine Medizin FMH, gab im Gesprächsprotokoll vom 16. Februar 2010 an, es bestehe ein Impingement an der rechten Schulter, MRI ohne Anzeichen für eine organische Schädigung, sowie an der Lendenwirbelsäule eine Irritation von L3. Die Versicherte sei zudem vor wenigen Tagen (5. Februar 2010) notfallmässig wegen einer Tablettenintoxikation behandelt worden (act. G 6.1/27). Im entsprechenden Bericht vom 5. Februar 2010 diagnostizierte das Kantonsspital St. Gallen, Allgemeine Innere



St.Galler Gerichte

Medizin, eine Tablettenintoxikation mit wahrscheinlich 7 mg Temesta nach familiärer Belastungssituation (act. G 6.1/29.2). Die Versicherte war anschliessend vom 8. bis 19. Februar 2010 in der Psychiatrischen Klinik F.____ hospitalisiert. Im Bericht vom 19. März 2010 diagnostizierte die Klinik Anpassungsstörungen: Angst und depressive Reaktion gemischt (F43.22), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) sowie eine Selbstvergiftung mit Antidepressiva und Benzodiazepinen am 5. Februar 2010 (X61.0). Die Arbeitsunfähigkeit habe bei Austritt 100 % betragen (act. G 6.2). Schliesslich diagnostizierte Dr. med. G.____, Neurochirurgie, mit Arztbericht vom 17. Mai 2010 eine chronische Lumbago bei Osteochondrosen und Spondylarthrosen L4/5 und L5/S1 sowie eine Depression. Aus neurochirurgischer Sicht sei die bisherige Reinigungstätigkeit nicht mehr zumutbar; eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit sei dagegen zu 100 % zumutbar (act. G 6.1/35). Am 19. Mai 2010 ging die RAD-Ärztin H.____ von einem instabilen Gesundheitszustand bei laufenden Abklärungen und Behandlungen aus (act. G 6.1/36.2).

A.c Am 20. Mai 2010 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass zurzeit keine beruflichen Massnahmen möglich seien und deshalb die Rentenprüfung erfolge (act. G 6.1/38).

A.d In der Folge holte die IV-Stelle St. Gallen weitere Arztberichte bei Dr. D.____, bei der Kantonalen Psychiatrischen Klinik F.____ sowie beim Psychiatrischen Zentrum I.____ ein. Nebst der bereits früher diagnostizierten Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (F43.21) diagnostizierte Dr. D.____ am 5. Juli 2010 zusätzlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), eine vorsätzliche Selbstvergiftung mit Antidepressiva oder Benzodiazepinen am 5. Februar 2010 (X61.0) sowie eine chronische Lumbalgie und Arthralgie an der rechten Schulter. Es bestehe bis auf weiteres eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit als Reinigungskraft (act. G 6.1/42). Die Kantonale Psychiatrische Klinik F.____, med. pract. J.____, gab im Bericht vom 26. Juli 2010 eine gegenüber dem letzten Bericht vom 19. März 2010 unveränderte Diagnose an. In der bisherigen Tätigkeit als Hauswartin sei die Versicherte 100 % arbeitsunfähig. Ob sich die Arbeitsfähigkeit (in einer adaptierten Tätigkeit) unter Therapie verbessere, könne erst im zukünftigen Verlauf der Erkrankung beurteilt werden. Bei positivem Verlauf sollte nach einem Jahr Therapie ein Arbeitsversuch möglich sein (act. G 6.1/43). Das Psychiatrische Zentrum I.____, Dr. med. K.____, Fachärztin für Psychiatrie und



Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 10. Dezember 2010 eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2) bei Status nach Selbstvergiftung (X61.0) sowie einen Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4). Als Reinigungsfachfrau bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit sei unklar (act. G 6.1/46). Mit Verlaufsbericht vom 27. April 2011 diagnostizierte Dr. D.____ nunmehr eine mittelgradige bis schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2) seit Herbst 2010 sowie einen Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung der Cluster-Gruppe C (F60.7). Die Prognose sei schlecht. Es handle sich um einen chronischen Verlauf. Neben der Depression bestehe ein Verdacht auf Komorbidität einer abhängigen Persönlichkeitsstörung. In einer körperlich leichten Tätigkeit ohne Stress in angenehmer Atmosphäre sei die Versicherte 30 % arbeitsfähig (2 ½ Stunden täglich). Dabei bestehe eine um 70 % eingeschränkte Leistungsfähigkeit (act. G 6.1/51).

A.e Am 12. September 2011 teilte die IV-Stelle St. Gallen der Versicherten mit, es sei eine medizinische Abklärung notwendig (act. G 6.1/56). Diese wurde von Dr. med. L.____, Spezialarzt FMH für Innere Medizin speziell Rheumaerkrankungen, und med. pract. M.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, durchgeführt. Im bidisziplinären Gutachten vom 22. April 2012 diagnostizierten die Experten (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) eine mittelgradig depressive Episode ohne somatisches Syndrom (F32.10). Rheumatologisch bestehe eine teileingeschränkte Schulterperiarthropathie rechts (M75.0) sowie ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom bei Osteochondrosen L4 bis S1 mit Spondylarthrosen, Bandscheibenprotrusionen mit foraminal rezessalen Engen, Irritation der Nervenwurzel L3 links und S1 beidseits (M51.2). Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Experten eine Persönlichkeitsakzentuierung mit abhängigen Zügen (Z73.1) sowie verschiedene psychosoziale Faktoren fest. Aus psychiatrischer Sicht bestehe aktuell eine volle Arbeitsunfähigkeit mit erst nach intensiver, allenfalls stationärer psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlung und bestenfalls in 6 Monaten schrittweise aufbaubarer Tätigkeit gemäss rheumatologischen Vorgaben. In rheumatologischer Hinsicht sei der Versicherten bei voller Arbeitspräsenz, dekonditioniert leichter Leistungsminderung, vermehrt Kurzpausen beanspruchend, ein mindestens 90 %-Arbeitspensum in leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten mit Lastheben Boden-Tisch von maximal einmalig 12 kg, repetitiv 8 - 10 kg, Tisch-



St.Galler Gerichte

Schulterhöhe repetitiv 4 kg, einmalig 6 kg zumutbar. Unter Beachtung der Vorgaben seien auch leichte Reinigungsarbeiten, bevorzugt Hauswarttätigkeiten oder eine einfache, leichte industrielle Tätigkeit machbar (act. G 6.1/64.10 ff.).

A.f Nach nochmaliger Rückfrage bei den Gutachtern betreffend vermeintliche Widersprüche erachtete am 15. Oktober 2012 auch der RAD Ostschweiz, nunmehr vertreten durch Dr. med. N.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, das Gutachten als schlüssig. Dr. N.____ stellte fest, dass ein Gesundheitsschaden im Sinn einer mittelgradigen depressiven Episode ausgewiesen sei bei akzentuierten Persönlichkeitsmerkmalen. Weiter beständen aus somatischer Sicht degenerative Veränderungen mit einem Schmerzsyndrom. Zwar sei gemäss Gutachten durch eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische und weitere intensive ambulante Behandlung eine Verbesserung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit innerhalb von ca. 6 Monaten möglich. Eine klare Prognose sei aus versicherungsmedizinisch-theoretischer Sicht jedoch nicht möglich (act. G 6.1/70). Ergänzend dazu vermerkte Dr. N.____ am 11. Dezember 2012, es könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestätigt werden, dass die Arbeitsfähigkeit durch eine stationäre Behandlung tatsächlich gesteigert werden könne. Am 18. Dezember 2012 wies sie sodann darauf hin, dass die Versicherte in ihrer Leistungsfähigkeit sehr deutlich eingeschränkt sei. Die depressive Reaktion habe Krankheitswert erlangt und führe zu ausgeprägten funktionalen Beeinträchtigungen, die gut nachvollziehbar seien (act. G 6.1/72).

A.g Anfang 2013 führte die IV-Stelle offenbar eine Haushaltsabklärung durch (es liegt nur das durch die Versicherte am 19. Januar 2013 ausgefüllte Formular, jedoch keine Auswertung durch eine Abklärungsperson bei den Akten [act. G 6.1/75]). Am 14. Juni 2013 reichte sodann die behandelnde Psychiaterin Dr. D.____ einen Verlaufsbericht ein, worin sie von einem verschlechterten Gesundheitszustand ausging. Seit Herbst 2010 liege eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome vor (F33.2). Zudem bestehe ein Restless-legs-Syndrom (seit 2013), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), ein Zustand nach Selbstmordversuch im Februar 2010 sowie ein Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung der Cluster-Gruppe C (F60.7). Die Prognose sei schlecht. Es handle sich um eine chronische affektive Störung, die im Rahmen der Auflösung des



Arbeitsplatzes entstanden sei und bis heute therapieresistent geblieben sei. Die Versicherte habe eine sehr schwere depressive Entwicklung mit regressivem Verhalten und Vita minima, so dass eine Arbeit in geschütztem Rahmen höchstens eine Stunde täglich mit einem 70 %igen Belastungsprofil als zumutbar attestiert werden könne. Ansonsten sei die Versicherte für alle Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig (act. G 6.1/80).

A.h Mit Einkommensvergleich vom 29. November 2013 berechnete die IV-Stelle eine invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse von 10.84 % (act. G 6.1/83). Mit Vorbescheid vom 6. Januar 2014 teilte sie der Versicherten mit, bei einem Invaliditätsgrad von 11 % bestehe kein Rentenanspruch. Dabei ging sie von einer Aufteilung von 80 % Erwerbstätigkeit und 20 % im Aufgabenbereich aus, wobei sie bei letzterem eine Einschränkung von 10 % angenommen hatte (act. G 6.1/86).

A.i Mit Einwand vom 7. Februar 2014 und Ergänzung vom 7. März 2014 machte die Versicherte geltend, dass eine reaktive depressive Erkrankung zwar grundsätzlich behandelt werden könne. Indessen treffe dies nicht in jedem Fall zu. Entscheidend sei, ob eine adäquate Behandlung stattgefunden habe und durch diese eine gesundheitliche Verbesserung habe erreicht werden können. Die Versicherte sei bis jetzt noch nie über einen längeren Zeitraum intensiv stationär behandelt worden. Sie sei aber bereit, an einer intensiven stationären psychiatrischen und medikamentösen Therapie teilzunehmen. Erst nach Abschluss einer solchen Behandlung könne festgestellt werden, ob die reaktive depressive Störung habe remittieren können und ob eine Arbeitsintegration in die Wege geleitet werden könne. Da seit der Begutachtung zwei Jahre vergangen seien, sei vorgängig abzuklären, ob sich die psychische Erkrankung weiter chronifiziert habe (act. G 6.1/89, 92).

A.j Mit Verfügung vom 17. Juni 2014 hielt die IV-Stelle an ihrer ablehnenden Haltung fest und entschied wie angekündigt. Die das Krankheitsbild massgeblich auslösenden psychosozialen Faktoren seien invaliditätsrechtlich unerheblich und führten gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht zu einer Invalidität. Davon zu unterscheidende wesentliche Befunde lägen nicht vor. Es sei nicht nachvollziehbar, dass die Versicherte auch nach den Ergebnissen der Begutachtung keine Bemühungen unternommen habe, sich einer geeigneten Therapie zu unterziehen (act. G 6.1/98).



B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 5. August 2014 mit dem Antrag auf Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Der Beschwerdeführerin sei eine Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Der Beschwerdeführerin sei sodann die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverbeiständung zu gewähren. Die von der Beschwerdegegnerin genannte bundesgerichtliche Rechtsprechung beziehe sich auf leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen depressiver Natur. Ein Suizidversuch sei indessen nicht mehr auf eine geringfügige Erkrankung zurückzuführen. Der RAD habe festgehalten, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht eine klare Prognose bezüglich Wirksamkeit des gutachterlichen Therapievorschlags nicht möglich sei und daher weiterhin von einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Im Weiteren führe die RAD-Ärztin Dr. N.____ aus, dass die depressive Reaktion Krankheitswert habe. Selbst wenn die psychische Störung zum jetzigen Zeitpunkt überwindbar wäre, was bestritten werde, hätte die Beschwerdeführerin mindestens Anspruch auf eine befristete Rente (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 18. September 2014 beantragt die Verwaltung Abweisung der Beschwerde. Psychische Störungen, die durch soziale Umstände verursacht würden und bei Wegfall der Belastungsfaktoren wieder verschwänden, könnten nicht zur Invalidenrente berechtigen. Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren in den Vordergrund träten und das Beschwerdebild bestimmten, desto ausgeprägter müsse eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Es müsse eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinn oder ein damit vergleichbarer psychischen Leidenszustand vorhanden sein. Vorliegend werde die mittelgradige depressive Episode massgeblich von grundsätzlich invaliditätsfremden und daher auszuklammernden psychosozialen Belastungsfaktoren geprägt und aufrecht erhalten (Verlust der Arbeitsstelle, Jobverlust des Ehemannes und Trennung vom Ehemann, Pensumsreduktion bei der C.____ AG). Angesichts der Therapieintervalle könne zudem nicht von einer konsequenten



ambulanten Behandlung gesprochen werden. Die Beschwerdeführerin habe sich bis jetzt auch nicht intensiv stationär behandeln lassen (act. G 6).

B.c Mit Replik vom 10. Dezember 2014 hält die Beschwerdeführerin an ihren beschwerdeweisen Ausführungen fest. Aus den medizinischen Unterlagen gehe klar hervor, dass sich vorliegend die psychische Krankheit bei der Beschwerdeführerin verselbständigt habe und daher als mittelbar invaliditätsbegründend zu berücksichtigen sei. Es liege eine eigenständige Diagnose mit Krankheitswert vor. Wie bereits dargelegt, handle es sich vorliegend nicht um einen Fall von leichter bis mittelschwerer Depression. Vielmehr liege ein Fall mittelschwerer bis schwerer Depression vor, was sich schon aus dem Suizidversuch ergebe (act. G 12). Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 15).

B.d Am 10. November 2014 reicht der Rechtsvertreter das ausgefüllte Gesuch um unentgeltliche Prozessführung samt Steuerunterlagen ein (act. G 9). Am 16. Dezember 2014 teilt der Rechtsvertreter dem Gericht sodann mit, dass die Beschwerdeführerin am Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege nicht festhält (act. G 14).

Erwägungen

1

1.1 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG 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 gewesen sind; und c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind. Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind



ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.2 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.

2.

2.1 Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Rentenanspruch im Wesentlichen mit der Begründung, dass die mittelgradige reaktive Depression in der Kündigung durch die B.____ AG und der anschliessenden Pensumsreduktion bei der C.____ AG sowie in der Trennung vom Ehemann begründet sei und das Krankheitsbild der Beschwerdeführerin somit von Anfang an massgeblich durch iv-fremde psychosoziale Faktoren geprägt gewesen sei. So gehe die Gutachterin med. pract. M.____ davon aus, dass das Krankheitsbild ohne diese belastenden Ereignisse nicht entstanden wäre. Weiter sei zu beachten, dass leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen depressiver Natur grundsätzlich behandelbar seien. Laut Gutachterin könne die Arbeitsfähigkeit nach einer intensiven integrativen und antidepressiven stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung nach Remission des depressiven Zustandsbildes wiedererlangt werden (act. G 6 Ziff. III.5).

2.2 Dem ist zunächst entgegenzuhalten, dass bei der Beschwerdeführerin keineswegs nur psychosoziale oder soziokulturelle Umstände vorliegen, die grundsätzlich keine Invalidität zu bewirken mögen. Vielmehr liegt mit der von der Gutachterin genannten mittelgradigen depressiven Episode ohne somatisches Syndrom (F32.10), reaktiv bedingt, ein fachärztlich diagnostiziertes psychiatrisches Leiden mit Krankheitswert vor. Davon geht auch die RAD-Ärztin Dr. N.____ in ihrer Stellungnahme vom 18. Dezember 2012 aus (act. G 6.1/72.1). Zwar ist die reaktive Depression auf die von der Beschwerdegegnerin genannten Umstände zurückzuführen. Dies ändert jedoch nichts daran, dass die Expertin - wie in den von der Beschwerdegegnerin zitierten Urteilen



gefordert (BGE 127 V 294 E. 5.-a; Urteil des Bundesgerichts 9C_710/2011 vom 20. März 2012 E. 4.2) - bei der Beschwerdeführerin nicht nur Befunde erhoben hat, die in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden und damit gleichsam in ihnen aufgehen. Vielmehr haben sich diese Umstände mittlerweile zu einer eigenständigen, von depressiven Verstimmungszuständen klar zu unterscheidenden, fachärztlich diagnostizierten psychischen Störung von Krankheitswert entwickelt. Nachdem die Invalidenversicherung im Unterschied zur Unfallversicherung keine kausale, sondern eine finale Versicherung ist, sind medizinische Leiden mit Krankheitswert unabhängig vom Entstehungsgrund versichert (vgl. z.B. Urteil des Bundesgerichts 8C_486/2015 vom 30. November 2015 E. 4.1.2. mit Hinweis auf Urteil 8C_371/2013 vom 28. November 2013 E. 4.4).

2.3 Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin hat die psychiatrische Gutachterin sodann nicht ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin ihre (volle) Arbeitsfähigkeit nach intensiver stationärer und ambulanter Behandlung in 6 Monaten wieder erlange. Zwar erachtet es die Gutachterin - wie auch die behandelnde Ärztin Dr. D.____ - für notwendig, dass die Beschwerdeführerin eine intensive integrative und antidepressive stationäre und anschliessende ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durchführt. Finde die Beschwerdeführerin dann noch eine der früheren Stelle bei der B.____ AG vergleichbare Anstellung, sei im "besten Fall" wieder eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit möglich (act. G 6.1/63.21). Eine Prognose über den Erfolg der indizierten Behandlung gibt med. pract. M.____ in ihrem Gutachten jedoch nicht ab. Vielmehr stellt sie die weitgehende Remission der Arbeitsfähigkeit von 80 - 100 % aus psychiatrischer Sicht unter den Vorbehalt, dass die Therapie anschlägt, wenn sie diesen Vorbehalt in ihrer Ergänzung vom 2. September 2012 auch etwas relativiert bzw. weniger betont. Auch über den zeitlichen Ablauf der Wiedereingliederung äussert sich die Expertin vorsichtig, geht sie doch von einer (als lang zu bezeichnenden) stationären Behandlungsdauer von etwa 6 Monaten aus. Bei gutem Verlauf könne danach an drei Tagen pro Woche während je zwei Stunden mit dem Arbeitstraining begonnen werden. Im (zeitlich nicht näher definierten) Verlauf solle das Pensum dann zunächst auf 50 % und schliesslich auf 80 - 100 % erhöht werden. Für den Untersuchungszeitpunkt selber (Oktober/November 2011) geht med. pract. M.____ von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten aus (act. G 6.1/63.21 und 69.3). In ihrer gemeinsamen interdisziplinären Beurteilung der



Arbeitsfähigkeit bzw. von deren Wiedererlangung äussern sich die Experten noch etwas vorsichtiger, indem sie nicht zwingend, sondern nur "allenfalls" von einer stationären Behandlung ausgehen, die einen schrittweisen Arbeitsaufbau in "bestenfalls 6 Monaten" (d.h. beginnend in 6 Monaten nach zuvor intensiver psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlung) bis "bestenfalls 90 %" zulasse (act. G 6.1/64.13).

2.4 Aus diesen Ausführungen der Experten - insbesondere aus dem vergleichsweise langfristig angelegten Therapie- und Eingliederungsverlauf mit entsprechenden Unwägbarkeiten - erhellt, dass der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht gefestigt war. Davon geht offenbar auch die RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 18. Dezember 2012 aus, empfiehlt sie doch eine vorzeitige medizinische Neu Beurteilung. In ihrer Stellungnahme vom 11. Dezember 2012 führt Dr. N. ___ zudem aus, es sei nicht möglich, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu bestätigen, dass die Arbeitsfähigkeit durch eine stationäre Behandlung tatsächlich gesteigert werden könne (act. G 6.1/72.1). Mit Datum vom 14. Juni 2013 reichte sodann die behandelnde Ärztin Dr. D. ___ einen Verlaufsbericht ein. Darin beschreibt sie einen verschlechterten Gesundheitszustand. Die Diagnose habe sich nunmehr zu einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode, ohne psychotischen Symptome (F33.2) geändert. Seit 2013 bestehe zudem ein Restless-legs-Syndrom. Die Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.4) sowie eines Verdachts auf eine Persönlichkeitsstörung der Cluster-Gruppe C (F60.7) beständen weiterhin. Es handle sich um eine chronische affektive Störung, die im Rahmen der Auflösung des Arbeitsplatzes entstanden und bis heute therapieresistent geblieben sei. Der Beschwerdeführerin seien (auf dem ersten Arbeitsmarkt) keine Tätigkeiten mehr zumutbar. Auf Grund der sehr schweren depressiven Entwicklung mit regressivem Verhalten mit Vita minima sei höchstens noch eine Arbeit im geschützten Rahmen während täglich einer Stunde mit 70 %igem Belastungsprofil zumutbar (act. G 6.1/80).

2.5 Auf Grund des zum Untersuchungszeitpunkt noch nicht gefestigten Gesundheitszustands sowie der gemäss behandelnder Ärztin noch vor dem massgebenden Zeitpunkt des Verfügungserlasses eingetretenen und gemeldeten Verschlechterung kann für diesen Zeitpunkt (Verfügungserlass) nicht sicher von einer



vollständigen oder weitgehenden - erfolgten oder zu erwartenden - Remission des psychischen Gesundheitszustands und damit der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Auf Grund der Aktenlage kann sodann nicht gesagt werden, von der psychiatrischen Gutachterin seien lediglich Befunde erhoben worden, die in den soziokulturellen oder psychosozialen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden. Auf Grund des Verlaufsberichts von Dr. D.____ vom 14. Juni 2013 kann schliesslich nicht ohne weiteres auf die Behandelbarkeit des depressiven Leidens geschlossen werden. Zwar lässt sich die Beschwerdeführerin nicht mit der vorgeschlagenen Intensität und mit möglicherweise unzureichender (Medikamenten-)Compliance, aber doch seit Juli 2009 - und damit praktisch seit Bestehen der depressiven Problematik, teilweise auch stationär - psychiatrisch behandeln (vgl. act. G 6.1/42.1). Dr. D.____ geht nach vier Jahren in ihrem Verlaufsbericht vom 14. Juni 2013 von Behandlungsresistenz bei schlechter Prognose aus (act. G 6.1/80.2). Nach der neueren Rechtsprechung des Bundesgerichts kann zudem bei seitens der Ärzte bescheinigter Arbeitsunfähigkeit von 100 % entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht von einer rentenausschliessenden Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgegangen werden, auch wenn es zu beachten gilt, dass dem Arzt oder der Ärztin hinsichtlich der Festsetzung des Arbeitsunfähigkeitsgrades nach der Rechtsprechung (BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2 S. 194 ff.) keine abschliessende Beurteilungskompetenz zukommt. Die Beschwerdegegnerin hat bisher darauf verzichtet, die Beschwerdeführerin gestützt auf Art. 21 Abs. 4 ATSG zu einer stationären oder intensiveren ambulanten Therapie zu verpflichten, wohl nicht zuletzt deshalb, weil sich selbst ihre RAD-Ärztin von einer stationären Behandlung nicht allzu viel zu versprechen scheint (vgl. act. G 6.1/72.1). Der Beschwerdeführerin kann somit nicht entgegengehalten werden, sie habe keine konsequente Depressionstherapie befolgt, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweisen würde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_391/2016 vom 4. November 2016 E. 3.4). Der Bericht von Dr. D.____ vom 14. Juni 2013 - ein gutes Jahr nach Eingang des Gutachtens bzw. gut anderthalb Jahre nach der eigentlichen Expertise im Oktober/ November 2011 ergangen - hätte Anlass und Gelegenheit geboten, eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung in Auftrag zu geben, zumal die Gutachterin - und wohl auch Dr. N.____ - den Gesundheitszustand im Untersuchungszeitpunkt noch nicht als definitiv angesehen hat und die Gutachter in ihrer interdisziplinären Beurteilung selber eine Verlaufsbeurteilung in 6 - 12 Monaten empfohlen haben (act. G 6.1/64.13). Dies ist



nachzuholen. Die Beschwerdegegnerin hat weder das Vorliegen eines stabilen Gesundheitszustands abgewartet und anschliessend neu beurteilen lassen noch die vor Verfügungserlass von Dr. D.____ mit Bericht vom 14. Juni 2013 gemeldete Verschlechterung berücksichtigt, sondern hat einzig auf Grund der rechtlichen Überlegungen ihres Rechtsdienstes vom 26. November 2013 (act. G 6.1/82) die Abweisung des Rentengesuchs verfügt. Damit hat sie den massgebenden Sachverhalt ungenügend abgeklärt, weshalb die Sache zwecks Veranlassung eines psychiatrischen Verlaufsgutachtens - vorzugsweise bei med. pract. M.____ - und anschliessender neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist (vgl. zu den grundsätzlichen Überlegungen zur Rückweisung zwecks weiteren Abklärungen Entscheid des Versicherungsgerichts IV 2014/38 vom 18. November 2016 E. 2.2). Die rheumatologische Situation erscheint unverändert - anderes wird auch nicht vorgebracht -, weshalb wohl auf das Gutachten von Dr. L.____ vom 22. April 2012 nach wie vor abgestellt werden kann.

2.6 Ergänzend bleibt anzufügen, dass die Anwendung der gemischten Methode - die Auswirkungen des Revisionsurteils des Bundesgerichts 9F_8/2016 vom 20. Dezember 2016 auf Fälle wie den vorliegenden werden an anderer Stelle noch zu diskutieren sein - vorliegend nicht genügend begründet erscheint. So arbeitete die Beschwerdeführerin zuletzt 100 % bei der B.____ AG. Bei der C.____ AG erfolgte gegen ihren Willen zunächst eine Reduktion auf 80 %, dann auf 60 %. Die Kinder der Beschwerdeführerin sind zudem bereits erwachsen und bedürfen keiner Betreuung mehr; der Ehemann lebt nicht mehr in der Schweiz. Im Fragebogen gab die Beschwerdeführerin denn auch an, im Gesundheitsfall zu 100 % erwerbstätig zu sein (act. G 6.1/75.1). Die Auswertung und Beurteilung des Fragebogens durch die Abklärungsperson fehlt in den Akten oder existiert gar nicht, sodass sich auch daraus weder eine Begründung für die gewählte Aufteilung von 80 % Erwerbstätigkeit und 20 % Aufgabenbereich noch für die angenommene Einschränkung im Haushalt von 10 % ergibt. Falls die Beschwerdegegnerin nicht von einem Status der Beschwerdeführerin als rein Erwerbstätige ausgehen will, wäre die erneute Anwendung der gemischten Methode in der zu erlassenden Verfügung entsprechend detailliert zu begründen.

3.



St.Galler Gerichte

3.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen und die Streitsache zwecks Einholung eines psychiatrischen Verlaufsgutachtens und anschliessender neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

3.2 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.

3.3 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.--. In einem Fall mit mittlerem Aufwand und Schwierigkeitsgrad wird praxisgemäss eine Pauschalentschädigung von Fr. 3'500.-- ausgerichtet. Da es sich um einen solchen Fall handelt, hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer entsprechend mit Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 17. Juni 2014 aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung und zur anschliessenden Neuverfügung im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.



2.

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

3.

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