



**Fall-Nr.:** IV 2015/37  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 04.05.2020  
**Entscheiddatum:** 30.08.2017

### **Entscheid Versicherungsgericht, 30.08.2017**

**Art. 17 Abs. 1 ATSG. Lit. a Abs. 1 SchlB IVG-Revision 6a. Art. 43 Abs. 3 ATSG: Beweiswert eines psychiatrischen Gutachtens, dass trotz der konsequenten Mitwirkungsverweigerung der zu explorierenden Person erstellt worden ist (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 30. August 2017, IV 2015/37).**

Entscheid Versicherungsgericht, 30.08.2017

#### **Entscheid vom 30. August 2017**

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Geschäftsnr.

IV 2015/37

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Robert Baumann,

Advokatur Robert Baumann AG, Waisenhausstrasse 17,



## St.Galler Gerichte

Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich im Februar 2001 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 3). Im März 2001 berichtete Dr. med. B.\_\_\_\_ (IV-act. 5), die Versicherte habe im September 1999 bei der Arbeit am Fließband einen Schlag gegen die linke Hand erhalten. Erst im Dezember 1999 sei eine Tendovaginitis De Quervain diagnostiziert worden. Bis dahin habe die Versicherte trotz Schmerzen weiter gearbeitet. Für eine kurze Zeit ab Ende Dezember 1999 sei eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Daraufhin habe die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis gekündigt. Eine konservative Behandlung der Tendovaginitis habe keinen Erfolg gezeitigt. Der Handchirurg Dr. med. C.\_\_\_\_ habe deshalb im Mai 2000 eine Erweiterungsplastik durchgeführt. Im weiteren Verlauf sei keine wesentliche Besserung eingetreten. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei der Versicherten wegen der sehr monotonen Belastung des Handgelenks nicht mehr zumutbar. Die Klinik für Handchirurgie des Kantonsspitals St. Gallen berichtete im März 2002 (IV-act. 20), die Versicherte leide an Beschwerden nach einer Spaltung und Resektion des ersten Strecksehnenfachs links sowie neuerdings an einem schnellenden Daumen links. Die Schmerzen im Strecksehnenfach hätten zwischenzeitlich abgenommen. Mit einer Ringbandspaltung könnte auch die Symptomatik des schnellenden Daumens vollständig behoben werden. Einen bereits vereinbarten Operationstermin habe die Versicherte kurzfristig abgesagt. Momentan hätten die Beschwerden allerdings keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Im Auftrag



der IV-Stelle erstattete der Handchirurg Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_ vom Kantonsspital St. Gallen am 8. Januar 2003 ein fachärztliches Gutachten (IV-act. 45). Er führte aus, wegen der Subluxierbarkeit des ersten Sehnenstreckfachs sei eine Stabilisierung erforderlich. Zudem empfehle sich eine neurologische Untersuchung zur Beantwortung der Frage nach einem Radialiskompressionssyndrom. Die linke Hand sei zu 70 Prozent nicht einsetzbar und nur noch als Beihand benutzbar. Nach einer Stabilisierung des ersten Strecksehnenfachs sei eine Zunahme der Arbeitsfähigkeit möglich. Im September 2003 fand eine dreiwöchige berufliche Abklärung durch die BEFAS Appisberg statt. Diese berichtete im Oktober 2003 (IV-act. 61), körperlich und die Hände nur leicht belastende, ausschliesslich mit dem dominanten rechten Arm ausübbare Tätigkeiten seien der Versicherten uneingeschränkt zumutbar. Leichte Arbeiten, bei denen die Versicherte gelegentlich die linke Hand als Zudienhand einsetzen müsse, seien zu 70 Prozent zumutbar. Das Arbeitstempo sei für solche Tätigkeiten verlangsamt und die Versicherte benötige zusätzliche Entlastungspausen. Im Juni 2004 berichtete die Psychiaterin med. pract. E.\_\_\_\_ (IV-act. 84), die Versicherte leide an einer depressiven Störung mit einem gegenwärtig mittelschweren Zustandsbild sowie an einem Schmerzsyndrom (Kopfschmerzen und Schmerzen im linken Arm). Sie sei vollständig arbeitsunfähig. Im Auftrag der IV-Stelle erstattete die medizinische Abklärungsstelle (MEDAS) Ostschweiz am 13. April 2006 ein polydisziplinäres Gutachten (IV-act. 105). Die Sachverständigen führten aus, die Versicherte leide an einer mittelgradigen depressiven Episode ohne somatisches Syndrom bei verschiedenen Belastungssituationen, an einem chronischen cervico-cephalen Syndrom mit vegetativen Begleitbeschwerden sowie an funktionellen Beschwerden am Arm, an der Hand und am Daumen links. Elektromyographisch sei kein auffälliger Befund erhoben worden. Die Kopfschmerzen gingen gemäss den Angaben der Versicherten auf einen Unfall zurück, den diese im Jahr 1997/1998 (evtl. schon im Jahr 1981) erlitten habe. Sie sei dabei als Fussgängerin von einem Auto angefahren worden und habe möglicherweise ein Schädelhirntrauma erlitten. Für körperlich leidensadaptierte Tätigkeiten sei wegen der depressiven Störung für die Zeit ab Februar 2004 (Behandlungsbeginn durch med. pract. E.\_\_\_\_) eine Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent zu attestieren. Für die Zeit davor sei gestützt auf den Bericht der BEFAS Appisberg von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit für ideal leidensadaptierte Tätigkeiten respektive von einer Arbeitsfähigkeit von 70 Prozent für Tätigkeiten



## St.Galler Gerichte

auszugehen, bei denen die Versicherte die linke Hand einsetzen müsse. Im Februar 2007 wies die Psychiaterin E.\_\_\_\_ die IV-Stelle darauf hin (IV-act. 144), dass die Versicherte mit ihrem Alltag völlig überfordert und (nach der Scheidung der Ehe) nicht in der Lage sei, ihren Sohn zu erziehen. Mittlerweile würden die Versicherte und ihr Sohn durch den kinderpsychiatrischen Dienst St. Gallen, durch den schulpsychologischen Dienst, durch die Vormundschaftsbehörde, durch das Kinderspital St. Gallen und durch eine Beobachtungsstelle betreut. An eine Arbeitstätigkeit sei nicht zu denken. Diagnostisch liege ein einem Residualzustand nach einem Schädelhirntrauma ähnliches psychopathologisches Bild vor. Der RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_ notierte im März 2007 (IV-act. 148), der psychiatrische Sachverständige habe sich mit der abweichenden Ansicht der Psychiaterin E.\_\_\_\_ (die schon im März 2006 einen Bericht direkt zuhanden der MEDAS Ostschweiz verfasst hatte) auseinandergesetzt. Die Schlussfolgerungen der Sachverständigen der MEDAS Ostschweiz seien überzeugend, weshalb ab Februar 2004 von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent für sämtliche Tätigkeiten auszugehen sei. Mit einer Verfügung vom 15. Juni 2007 sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Wirkung ab dem 1. Februar 2005 eine halbe Rente bei einem Invaliditätsgrad von 50 Prozent zu (IV-act. 152).

A.b Am 13. Juli 2007 liess die Versicherte eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 15. Juni 2007 erheben und die Zusprache einer ganzen Rente „allerspätestens“ ab September 2000 beantragen (IV-act. 166). Mit einem Entscheid vom 13. Januar 2009 hob das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen die Verfügung vom 15. Juni 2007 auf und es wies die Sache zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung an die IV-Stelle zurück (IV 2007/286; IV-act. 191). Zur Begründung führte es aus, der psychiatrische Sachverständige der MEDAS Ostschweiz habe keine überzeugende Begründung für die Diskrepanz zwischen seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung und jener der behandelnden Psychiaterin E.\_\_\_\_ anführen können. Gemäss den Ausführungen der Psychiaterin E.\_\_\_\_ stehe noch nicht fest, woran die Versicherte genau leide. Diesbezüglich seien weitere medizinische Abklärungen erforderlich. Die IV-Stelle beauftragte in der Folge die MEDAS Ostschweiz mit der Erstellung eines „Ergänzungsgutachtens“ (vgl. IV-act. 192 und 198). Dieses Gutachten wurde am 20. November 2009 erstattet (IV-act. 213). Die Sachverständigen führten aus, der Gesundheitszustand der Versicherten sei im Vergleich zur ersten Begutachtung im Wesentlichen unverändert geblieben. Der psychiatrische Sachverständige hielt fest,



dass er die Angaben der behandelnden Psychiaterin nicht vollständig nachvollziehen könne. Er habe keine Indizien für eine psychische Störung nebst der depressiven Erkrankung festgestellt. Die Versicherte sei auch nicht derart hilflos, wie sie von der behandelnden Psychiaterin beschrieben werde. Er gehe nach wie vor davon aus, dass die Versicherte wegen der depressiven Störung seit Februar 2004 zu 50 Prozent arbeitsunfähig sei. Am 25. März 2010 berichtete die Psychiaterin Dr. med. G.\_\_\_\_ (IV-act. 225–3 f.), die Versicherte leide an einer mittelgradigen depressiven Störung mit einem somatischen Syndrom sowie an kognitiven Störungen. Sie sei vollständig arbeitsunfähig. Die Sachverständigen der MEDAS Ostschweiz führten am 5. Mai 2010 in einer ergänzenden Stellungnahme aus (IV-act. 227), ein MRI des Hirns habe einen völlig unauffälligen Befund gezeigt. Die Berichte der Psychiaterin E.\_\_\_\_ wiesen diverse Ungereimtheiten auf, doch könne die Psychiaterin offenbar nicht mehr befragt werden, da sie angeblich nach H.\_\_\_\_ emigriert sei. An sich sei im Rahmen der Begutachtung auch eine neuropsychologische Untersuchung vorgesehen gewesen. Die Versicherte habe sich aber kurzfristig geweigert, an dieser teilzunehmen. Weitere Abklärungen seien nicht angezeigt, denn die wesentlichen Befunde seien bekannt, was eine zuverlässige Diagnose und Arbeitsfähigkeitsschätzung erlaube. Der RAD-Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_ empfahl am 14. Mai 2010, auf das Gutachten abzustellen (IV-act. 228). Mit einer Verfügung vom 26. Juli 2010 sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Wirkung ab dem 1. Februar 2005 eine halbe Rente bei einem Invaliditätsgrad von 53 Prozent zu (IV-act. 232 f.). Dagegen liess die Versicherte am 6. September 2010 eine Beschwerde erheben (IV-act. 235). Die IV-Stelle beantragte im Beschwerdeverfahren – im Sinne einer reformatio in peius – sinngemäss die Abweisung des Rentenbegehrens (IV-act. 238). In teilweiser Gutheissung der Beschwerde sprach das Versicherungsgericht der Versicherten mit einem Entscheid vom 11. Juni 2012 schon mit Wirkung ab dem 1. Februar 2004 eine halbe Rente zu (IV 2010/326; IV-act. 245). Eine von der IV-Stelle dagegen erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten (IV-act. 246) wurde vom Bundesgericht mit einem Urteil vom 17. Januar 2013 teilweise gutgeheissen (9C\_521/2012; IV-act. 250). Das Bundesgericht führte aus, der psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung komme keine „invalidisierende Wirkung“ zu, weshalb die Versicherte an sich keinen Rentenanspruch habe. Da das Versicherungsgericht der Beschwerdeführerin allerdings keine reformatio in peius angedroht und keine Gelegenheit zum Beschwerderückzug eingeräumt habe, könne



das Rentenbegehren nicht direkt abgewiesen werden. Das Bundesgericht wies die Sache deshalb zur Androhung einer reformatio in peius an das Versicherungsgericht zurück. Dieses räumte der Versicherten am 11. Februar 2013 die Möglichkeit ein, die Beschwerde bis spätestens am 4. März 2013 zurückzuziehen (IV-act. 251). Am 22. Februar 2013 erfolgte der vorbehaltlose Beschwerderückzug, woraufhin das Versicherungsgericht das Beschwerdeverfahren abschrieb (Entscheid IV 2013/56 vom 28. Februar 2013; IV-act. 253).

A.c Im April 2013 füllte die Versicherte einen Fragebogen „Revision der Invalidenrente/ Hilflosenentschädigung“ aus (IV-act. 257). Sie gab an, ihr Gesundheitszustand habe sich im vergangenen Jahr verschlechtert. Sie leide an psychischen Störungen, an Kopfschmerzen sowie an Schmerzen in den Knien, in den Beinen und in den Händen. Der Hausarzt Dr. med. J.\_\_\_\_ bestätigte am 29. April 2013 eine Verschlechterung insbesondere des psychischen Gesundheitszustandes der Versicherten (IV-act. 261). Auch Dr. G.\_\_\_\_ bestätigte am 18. Mai 2013 eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes (IV-act. 267). Sie gab an, die Versicherte habe stationär psychiatrisch behandelt werden müssen. Nach dem Klinikaustritt habe sich ein Neffe der Versicherten suizidiert, was eine weitere Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes verursacht habe. Aktuell leide die Versicherte an einer schweren depressiven Episode. Die psychiatrische Klinik K.\_\_\_\_ hatte bereits am 6. Mai 2013 berichtet (IV-act. 268–2 ff.), die Versicherte sei vom 26. Februar 2013 bis zum 25. April 2013 stationär psychiatrisch behandelt worden. Sie leide an einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome sowie an einem Status nach zwei Verkehrsunfällen mit jeweils einer mehrtägigen Bewusstlosigkeit vor mehr als 20 Jahren. Im Zeitpunkt des Klinikaustrittes sei die schwere depressive Episode remittiert gewesen. Am 10. Januar 2014 gab die Psychiaterin med. pract. L.\_\_\_\_ von der Tagesklinik M.\_\_\_\_ an (IV-act. 281), die Versicherte befinde sich seit dem 16. September 2013 in einer teilstationären Behandlung. Im Vordergrund stehe die depressive Störung mit einer gegenwärtig schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome. Die angegebenen somatischen Beschwerden seien wohl ein Ausdruck einer Somatisierungsstörung. Zudem bestehe der Verdacht auf eine Intelligenzminderung. Die Versicherte sei nicht in der Lage, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Der RAD-Arzt Dr. med. N.\_\_\_\_ notierte am 24. Februar 2014, der Gesundheitszustand der Versicherten sei aktuell noch instabil (IV-act. 282). Am 8. April 2014 berichtete die



Psychiaterin L.\_\_\_\_ (IV-act. 284), die Versicherte sei am 21. März 2014 aus der tagesklinischen Behandlung ausgetreten. Weder diagnostisch noch bezüglich der Arbeitsfähigkeit habe sich seit der letzten Berichterstattung etwas geändert. Am 21. Mai 2014 teilte Dr. G.\_\_\_\_ mit (IV-act. 288), dass die Versicherte im geschützten Rahmen in einem Pensum von 50 Prozent arbeite, was für ihre Tagesstruktur sehr wichtig sei. An der vollständigen Arbeitsunfähigkeit habe sich aber nichts geändert. Der RAD-Arzt Dr. N.\_\_\_\_ empfahl am 17. Juni 2014 eine psychiatrische Begutachtung (IV-act. 289). Im Auftrag der IV-Stelle erstattete der Psychiater und Neurologe Dr. med. O.\_\_\_\_ am 30. September 2014 ein psychiatrisches Gutachten (IV-act. 297). Er führte aus, die Versicherte habe nur mangelhaft an der Untersuchung mitgewirkt. Er habe verschiedene Hinweise auf eine nicht authentische Beschwerdedarstellung festgestellt, weshalb die Befundunsicherheit insgesamt als gering angesehen werden müsse. Das Gesprächsverhalten der Versicherten mit einer zielgerichteten Vermeidung von Auskünften zu Themen, die eine Objektivierung von Beschwerden zulassen würden, habe auf intakte Funktionen von Auffassung und Denken hingewiesen. Die Psychomotorik sei unauffällig gewesen. Teilweise habe die Versicherte ausgesprochen entspannt gewirkt. Störungen des Antriebs oder eine deprimierte Stimmung hätten nicht nachgewiesen werden können. Der Affekt sei teilweise mürrisch gewesen. Die affektive Stimmungsfähigkeit sei nicht gestört gewesen. Im Rey Fifteen Item Memory Test, der auch von schwer hirngeschädigten Menschen gut gelöst werden könne, seien die Leistungen der Versicherten so niedrig gewesen, dass der Grund dafür unmöglich in einer gesundheitlichen Ursache gefunden werden könne. Die Testleistung sei im Widerspruch zu den gezeigten Leistungen an anderen Stellen der Untersuchung gestanden. Diagnostiziert werden könne nur eine nicht näher bezeichnete neurotische Störung. Die Kriterien für eine spezifischere psychische Störung seien nicht erfüllt. Eine hirnorganische Störung sei nicht nachgewiesen. Ein Schädel-MRI aus dem Jahr 2009 habe einen Normalbefund ergeben. Ein MRI aus dem Jahr 2011 habe zwar eine leichte chronische Marklagerischämie mit vereinzelt, bis 0,6cm grossen Glioseherden im frontalen Marklager gezeigt, was ein Hinweis auf eine durch einen chronischen Bluthochdruck bedingte leichte Hirnschädigung sein könne. Es kämen aber auch andere Ursachen in Frage. Der Befund könne genauso gut auch unspezifisch sein. Zudem müsse er nicht zwingend zu Funktionsstörungen führen. Das Vorliegen eines selbständigen, von einem psychogenen Schmerzsyndrom losgelösten depressiven



Leidens sei nicht nachgewiesen. Der gesamte mehrjährige Behandlungsverlauf zeige eine enge Verknüpfung zwischen dem Schmerzerleben und herabgestimmter Befindlichkeit. Frühere Expertisen, insbesondere jene der behandelnden Ärzte, seien von begrenzter Aussagekraft, weil sie sich nur auf Untersuchungen ohne Dolmetscher bezögen. Die mangelhaften Deutschkenntnisse der Versicherten erschwerten aber bereits eine normale Untersuchung im Behandlungskontext. Eine Validierung oder Objektivierung der Beschwerdeangaben mit Blick auf eine Leistungsbeurteilung sei vor diesem Hintergrund erst recht nicht möglich. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung des psychiatrischen Sachverständigen der MEDAS Ostschweiz sei nicht nachvollziehbar begründet worden. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit jener Arbeitsfähigkeitsschätzung sei deshalb nicht möglich. Aus psychiatrischer Sicht sei keine Gesundheitsbeeinträchtigung nachgewiesen, die die Arbeitsfähigkeit der Versicherten einschränken würde. Diese Einschätzung gelte wahrscheinlich seit mindestens mehreren Monaten. Möglicherweise sei der Gesundheitszustand schon seit mehreren Jahren unverändert geblieben. Der RAD-Arzt Dr. N. \_\_\_ erachtete das Gutachten als überzeugend (IV-act. 298).

A.d Mit einem Vorbescheid vom 10. November 2014 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie die „Einstellung“ der laufenden Rente vorsehe (IV-act. 301). Zur Begründung führte sie an, dass nur ein „syndromales“ Beschwerdebild vorliege, das keinen Rentenanspruch begründe. In Anwendung der Schlussbestimmungen zum ersten Massnahmenpaket der sechsten IVG-Revision („IVG-Revision 6a“) sei die Rente deshalb aufzuheben. Dagegen liess die Versicherte am 11. Dezember 2014 einwenden (IV-act. 306–1 ff.), die Rentenzusprache sei entgegen der Ansicht der IV-Stelle nicht gestützt auf ein „syndromales“ Leiden, sondern wegen einer depressiven Störung erfolgt. Auch aktuell liege kein solches „syndromales“ Leiden vor. Auf das Gutachten von Dr. O. \_\_\_ könne nicht abgestellt werden, denn dieses stehe im Widerspruch zu sämtlichen anderen Berichten der behandelnden und der begutachtenden Fachärzte, obwohl es nur auf einer „Momentaufnahme“ beruhe. Gerade während der vergangenen zwei Jahre habe die Versicherte eine besonders intensive psychiatrische Betreuung benötigt. Die Berichte der Psychiatrischen Klinik K. \_\_\_, der Tagesklinik M. \_\_\_ und von Dr. G. \_\_\_ belegten das Vorliegen einer schweren depressiven Störung. Die behandelnde Psychiaterin Dr. G. \_\_\_ habe sich mit dem Gutachten von Dr. O. \_\_\_ auseinandergesetzt und dargelegt, weshalb dieses aus fachärztlicher Sicht nicht



überzeuge. Entweder müsse auf die Berichte der behandelnden Ärzte abgestellt oder ein Obergutachten eingeholt werden. Bereits am 8. Dezember 2014 hatte Dr. G.\_\_\_\_ ausgeführt (IV-act. 306–12 ff.), die Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome sowie an einer Somatisierungsstörung. Ihr Gesundheitszustand habe sich nach der Begutachtung im Jahr 2009 wesentlich verschlechtert. Aktuell sei sie vollständig arbeitsunfähig. Die Prognose sei schlecht. Die Kriterien für die Diagnose einer neurotischen Störung seien entgegen der Ansicht von Dr. O.\_\_\_\_ nicht erfüllt. Dieser habe die in den Berichten der behandelnden Fachärzte wiedergegebenen Befunde nicht ausreichend gewürdigt und deshalb einen falschen diagnostischen Schluss gezogen. Am 18. Dezember 2014 hielt Dr. G.\_\_\_\_ fest (IV-act. 307–4 ff.), vier der sogenannten Foerster'schen Kriterien – chronische körperliche Begleiterkrankung, ausgewiesener sozialer Rückzug, primärer Krankheitsgewinn und unbefriedigende Behandlungsergebnisse – seien erfüllt. Zudem liege eine Comorbidität in der Form der schweren depressiven Episode vor. Mit einer Verfügung vom 29. Januar 2015 hob die IV-Stelle die laufende Rente auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf (IV-act. 310). Bezugnehmend auf die Einwände der Versicherten führte sie aus, diese enthielten keine neuen Erkenntnisse. Die gutachterliche Einschätzung habe mehr Gewicht.

B.

B.a Am 11. Februar 2015 liess die Versicherte (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) eine Beschwerde erheben (act. G 1). Ihr Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 29. Januar 2015, die Zusprache einer ganzen Rente spätestens ab dem 1. März 2013 und eventualiter die Rückweisung der Sache an die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) zur Durchführung weiterer medizinischer Abklärungen. Zur Begründung führte er aus, es liege kein Anwendungsfall der Schlussbestimmungen zur IVG-Revision 6a vor, denn die Rente sei ursprünglich wegen einer depressiven Störung zugesprochen worden. Auch im aktuellen Zeitpunkt leide die Beschwerdeführerin nicht an einem „syndromalen“ Leiden, sondern (weiterhin) an einer depressiven Störung. Ihr Gesundheitszustand habe sich seit der Rentenzusprache sogar noch weiter verschlechtert. Auf das Gutachten von Dr. O.\_\_\_\_ könne nicht abgestellt werden, denn dieses sei unvollständig, nicht nachvollziehbar und auch nicht



## St.Galler Gerichte

schlüssig. Es basiere nur auf einer Momentaufnahme. Die Diagnose einer neurotischen Störung sei nicht hinreichend begründet worden. Mit seiner Ansicht stehe Dr. O.\_\_\_\_ völlig alleine da; alle anderen Fachärzte hätten eine depressive Störung diagnostiziert und eine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert. Falls auch nicht auf die übereinstimmenden Berichte von Dr. G.\_\_\_\_, der psychiatrischen Klinik K.\_\_\_\_ und der Tagesklinik M.\_\_\_\_ abgestellt werde, müsse ein psychiatrisches Obergutachten eingeholt werden. Bei der Berechnung des Invaliditätsgrades müsse jedenfalls ein Tabellenlohnabzug von 25 Prozent berücksichtigt werden.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 24. April 2015 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung führte sie aus, dem Urteil des Bundesgerichtes vom 17. Januar 2013 lasse sich eindeutig entnehmen, dass im Zeitpunkt der Rentenzusprache nur ein „nicht invalidisierendes, syndromales“ Leiden vorgelegen habe. Das Gutachten von Dr. O.\_\_\_\_ sei überzeugend. Es beruhe entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nicht auf einer Momentaufnahme, da Dr. O.\_\_\_\_ sämtliche Berichte der behandelnden und begutachtenden Fachärzte gewürdigt habe. Er habe als einziger auf das inkonsistente Verhalten der Beschwerdeführerin hingewiesen. Die behandelnden Fachärzte hätten dagegen hauptsächlich auf die aggravatorischen Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt. Die behandelnde Psychiaterin Dr. G.\_\_\_\_ habe schon im März 2010 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert, worauf das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen allerdings nicht abgestellt habe. Vor diesem Hintergrund sei die Rente zu Recht gestützt auf die Schlussbestimmungen zur IVG-Revision 6a aufgehoben worden.

B.c Die Beschwerdeführerin liess am 11. Mai 2015 an ihren Anträgen festhalten (act. G 7). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (vgl. act. G 9).

## Erwägungen

1.

Mit der angefochtenen Verfügung vom 29. Januar 2015 hat die Beschwerdegegnerin – dem Verfügungswortlaut gemäss – eine formell rechtskräftig zugesprochene, laufende Rente der Beschwerdeführerin gestützt auf den Abs. 1 der lit. a der



Schlussbestimmungen zur IVG-Revision 6a aufgehoben. Würde man nur den Wortlaut der Verfügung berücksichtigen, hätte die Beschwerdegegnerin damit also ein Überprüfungsverfahren im Sinne der Schlussbestimmungen zur IVG-Revision 6a abgeschlossen. Obwohl sich dies dem Wortlaut nicht entnehmen lässt, muss die Verfügung zwingend auch die Prüfung einer allfälligen Sachverhaltsveränderung seit der ursprünglichen Rentenzusprache beinhaltet haben, denn der Gesetzgeber hat für Überprüfungsverfahren im Sinne der Schlussbestimmungen zur IVG-Revision 6a das folgende Standardvorgehen vorgesehen (BBl 2010 1843 ff.): Zuerst hat die IV-Stelle zu prüfen, ob ein Revisionsgrund im Sinne des Art. 17 Abs. 1 ATSG vorliegt. Ist dies der Fall, hat sie die Rente zu revidieren, womit das Verfahren abgeschlossen wird. Nur wenn kein Revisionsgrund vorliegt, hat sie eine Anwendung des Abs. 1 der lit. a der Schlussbestimmungen zur IVG-Revision 6a zu prüfen. Ergibt diese Prüfung einen Korrekturbedarf, ist die formell rechtskräftige Rentenverfügung entsprechend zu modifizieren und das Verfahren abzuschliessen. Ergibt sich, dass kein Anwendungsfall des Abs. 1 der lit. a der Schlussbestimmungen zur IVG-Revision 6a vorliegt, hat die IV-Stelle zu prüfen, ob mittels geeigneter Massnahmen die Erwerbsfähigkeit der versicherten Person verbessert werden kann. Nach dem Willen des Gesetzgebers beinhaltet ein Verfahren zur Überprüfung einer formell rechtskräftig zugesprochenen Rente gestützt auf den Abs. 1 der lit. a der Schlussbestimmungen zur IVG-Revision 6a also immer zwingend ein Rentenrevisionsverfahren im Sinne des Art. 17 Abs. 1 ATSG. Für den vorliegenden Fall bedeutet dies, dass die Beschwerdegegnerin die laufende Rente nicht gestützt auf den Abs. 1 der lit. a der Schlussbestimmungen zur IVG-Revision 6a hat aufheben können, ohne zuvor zu prüfen, ob die Voraussetzungen des Art. 17 Abs. 1 ATSG erfüllt gewesen sind. Auch wenn der Wortlaut der angefochtenen Verfügung keinen entsprechenden Hinweis enthält, gehört die Beantwortung der Frage, ob sich der massgebende Sachverhalt seit der ursprünglichen Rentenzusprache wesentlich verändert hat, also zwingend zum Gegenstand der angefochtenen Verfügung und damit auch dieses Beschwerdeverfahrens.

2.

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente gemäss dem Art. 17 Abs. 1 ATSG von Amtes wegen oder auf ein Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben. Die Beantwortung der



Frage nach der erheblichen Sachverhaltsveränderung erfordert einen Vergleich zwischen dem Sachverhalt im Zeitpunkt der Rentenzusprache und jenem im Zeitpunkt des Abschlusses eines Rentenrevisionsverfahrens. Idealerweise steht der reale Sachverhalt für beide Vergleichszeitpunkte mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest. In der Praxis treten aber immer wieder Fälle auf, die nicht diesem Idealfall entsprechen, weil der im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache massgebende Sachverhalt damals nicht hinreichend abgeklärt worden ist und weil er sich im Rentenrevisionsverfahren retrospektiv nicht mehr mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ermitteln lässt. In einem solchen Fall liegt eine objektive Beweislosigkeit hinsichtlich des tatsächlichen Sachverhaltes im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache vor. Diese würde an sich den Vergleich jenes Sachverhaltes mit dem aktuellen Sachverhalt im Zeitpunkt des Abschlusses des Rentenrevisionsverfahrens verunmöglichen. Dadurch würde eine auf einem ungenügend ermittelten Sachverhalt basierende Rente aber „revisionsresistent“, denn jede Rentenrevision müsste zufolge der Unmöglichkeit des Sachverhaltsvergleichs scheitern. Dies liefe offenkundig dem Sinn und Zweck des Art. 17 Abs. 1 ATSG zuwider. Folglich muss die Revision einer Rente auch dann zulässig sein, wenn der Sachverhalt zum Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht. In einem solchen Fall muss der (überwiegend wahrscheinliche) Sachverhalt im Zeitpunkt des Abschlusses des Rentenrevisionsverfahrens mit jenem Sachverhalt verglichen werden, der der ursprünglichen Rentenzusprache zugrunde gelegt worden ist. Ein Revisionsgrund liegt in einem solchen Fall also dann vor, wenn der aktuelle Sachverhalt nicht mehr jenem Sachverhalt entspricht, auf den bei der ursprünglichen Rentenzusprache abgestellt worden ist.

3.

Laut dem Gutachten der MEDAS Ostschweiz vom 20. November 2009 ist die Beschwerdeführerin damals wegen einer depressiven Störung mit einer mittelgradigen Episode selbst für ideal leidensadaptierte Tätigkeiten zu 50 Prozent arbeitsunfähig gewesen. Der psychiatrische Sachverständige hat zwar auch funktionelle Beschwerden diagnostiziert, diesen aber für die Arbeitsfähigkeitsschätzung keine wesentliche Bedeutung zugemessen (vgl. IV-act. 210–13). Der RAD-Arzt Dr. I.\_\_\_\_ hat sich den



Schlussfolgerungen der Sachverständigen der MEDAS Ostschweiz angeschlossen (IV-act. 214 und 228) und die Beschwerdegegnerin hat in der rentenzusprechenden Verfügung vom 26. Juli 2010 auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung der MEDAS Ostschweiz abgestellt. Im nachträglichen Beschwerdeverfahren ist dann allerdings von der Beschwerdegegnerin behauptet worden, es liege gar keine selbständige depressive Störung, sondern nur ein „syndromales Leiden“ im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung vor. Das Bundesgericht ist dieser Auffassung gefolgt und hat in seinem Urteil festgehalten, dass kein „invalidisierendes Leiden“ vorliege. Diese Rechtsauffassung ist aber für das vorliegende Verfahren ohne jede Bedeutung, denn nach dem Rückzug der Beschwerde gegen die Verfügung vom 26. Juli 2010 haben die Erwägungen des Bundesgerichtes zum materiellen Rentenanspruch nie Wirkung entfalten können; die Verfügung vom 26. Juli 2010 ist direkt in formelle Rechtskraft erwachsen und damit verbindlich geworden. Entscheidend ist also nur, welcher Sachverhalt respektive welche Sachverhaltswürdigung jener Verfügung zugrunde gelegen hat. Das ist in medizinischer Hinsicht die Überzeugung gewesen, dass die Beschwerdeführerin wegen einer mittelgradigen depressiven Störung zu 50 Prozent arbeitsunfähig sei.

4.

4.1 Im Verwaltungsverfahren, das mit der angefochtenen Verfügung abgeschlossen worden ist, hat die Beschwerdegegnerin den Psychiater und Neurologen Dr. O.\_\_\_\_ mit einer psychiatrischen Begutachtung beauftragt. In seinem Gutachten vom 30. September 2014 hat Dr. O.\_\_\_\_ mehrfach darauf hingewiesen, dass die Anamneseerhebung wegen einer mangelnden Kooperation der Beschwerdeführerin stark erschwert gewesen sei. Aufgrund der verweigernden Haltung der Beschwerdeführerin ist es Dr. O.\_\_\_\_ folglich nicht möglich gewesen, eine vollständige Anamnese zu erheben. Zudem ist die Befundunsicherheit gemäss seinen Ausführungen wegen des nicht authentischen Beschwerdeverhaltens der Beschwerdeführerin geschwächt gewesen. Der Sachverständige Dr. O.\_\_\_\_ hat somit nicht über eine umfassende „Sachverhaltskenntnis“ verfügt. Zwar ist es ihm trotzdem gelungen, eine Diagnose zu stellen und eine Arbeitsfähigkeitsschätzung abzugeben, aber er hat weder



die Diagnose noch die Arbeitsfähigkeitsschätzung überzeugend anhand der von ihm erhobenen klinischen Befunde und der Ergebnisse seiner Würdigung der früheren medizinischen Berichte begründen können. Bezüglich jener Sachverhaltselemente, die er mangels Mitwirkung der Beschwerdeführerin bei der Begutachtung nicht hat ermitteln können, hat er nämlich sinngemäss mit der – an sich juristischen – Regel operiert, dass die Beschwerdeführerin den Nachteil der Beweislosigkeit für jene Sachverhaltselemente zu tragen habe, die eine Arbeitsunfähigkeit begründen könnten. Deshalb hat er das Vorliegen einer psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht definitiv ausschliessen, sondern nur als nicht nachgewiesen bezeichnen können. Seine Ausführungen lassen die Möglichkeit offen, dass er eine relevante psychische Gesundheitsbeeinträchtigung hätte diagnostizieren und eine zumindest teilweise Arbeitsunfähigkeit hätte attestieren können, wenn die Beschwerdeführerin bei der Begutachtung ausreichend mitgewirkt hätte. Vor diesem Hintergrund vermag das (grundsätzlich sehr sorgfältige) Gutachten von Dr. O.\_\_\_\_ die gestellte Diagnose und den angegebenen Arbeitsfähigkeitsgrad nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen.

4.2 Dieses Gutachten enthält jedoch durchaus auch Angaben, die zur Abklärung des massgebenden medizinischen Sachverhaltes beitragen könnten. So hat Dr. O.\_\_\_\_ etwa aufzeigen können, dass die Beschwerdeführerin ein nicht authentisches Beschwerdeverhalten gezeigt und die Anamneseerhebung zielgerichtet unterlaufen hat. Dem Gutachten lässt sich entnehmen, dass der Unterschied zwischen der Auskunftsbereitschaft der Beschwerdeführerin über Themen, die nichts mit einer Leistungseinschätzung zu tun hatten, und der Auskunftsbereitschaft zu Beschwerden und Aktivitäten ausgesprochen gross gewesen ist. Auf konkrete Fragen zu den Beschwerden und zum Beschwerdeerleben in konkreten Situationen hat die Beschwerdeführerin gar nicht geantwortet. Sie hat zu verstehen gegeben, dass sie mit der Frage nichts anfangen könne, sie ist ausgewichen oder sie hat vage geantwortet. Dabei hat sie immer wieder Rückfragen an die Dolmetscherin gestellt, die vom Thema abgelenkt, aber darauf hingewiesen haben, dass sie die Frage durchaus verstanden hatte. Bei Fragen, die nicht der Konkretisierung von Beschwerdeangaben gedient haben, sind hingegen keine derartigen Kommunikationsschwierigkeiten aufgetreten. Auf viele Fragen hat die Beschwerdeführerin angegeben, dass sie die Antwort nicht wisse, auch wenn sich aus dem gesamten Ablauf der Untersuchung objektiv ergeben



hat, dass sie die Frage eigentlich hätte beantworten können. Wenn Dr. O.\_\_\_\_ mit der Beschwerdeführerin wie mit einem schwer kognitiv beeinträchtigten Mensch gesprochen hat, hat er nicht mehr, sondern noch weniger Informationen erhalten. Das Gesprächsverhalten mit einer zielgerichteten Vermeidung von Auskünften zu Themen, die eine Objektivierung von Beschwerden zugelassen hätten, hat auf intakte Funktionen von Auffassung und Denken hingewiesen. Der Umstand, dass dieses Verhalten auch bei der Anwendung von unterschiedlichen Gesprächsstrategien durchgehalten worden ist, ohne dass Schwierigkeiten in der Emotionsregulation erkennbar gewesen wären, haben für intakte Ressourcen im Bereich der Affektsteuerung und der Impulskontrolle gesprochen. Die Resultate des Rey Fifteen Item Memory Test haben das nicht authentische Aussageverhalten der Beschwerdeführerin untermauert, denn der Test ist nur scheinbar schwer und kann auch von schwer hirngeschädigten Menschen gut gelöst werden. Die Resultate der Beschwerdeführerin sind schlechter als jene von schwer hirngeschädigten Menschen gewesen, was in einem groben Widerspruch zum Verhalten in der Untersuchung gestanden hat. Auch bei der Prüfung der kognitiven Funktionen hat die Beschwerdeführerin Angaben mit schweren Fehlern gemacht; diese Fehler sind aber insgesamt weder konsistent noch zu anderen Leistungen passend gewesen. Der Sachverständige Dr. O.\_\_\_\_ hat darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin gegenüber den behandelnden Fachärzten wohl ein ähnliches Verhalten gezeigt habe. Da die behandelnden Fachärzte offenbar keine Konsistenzprüfung durchgeführt hätten, hätten sie im Ergebnis statt auf den (durch das nicht authentische Verhalten der Beschwerdeführerin verschleierte) objektiven klinischen Befund auf die nicht authentischen subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt. Das erkläre, weshalb sie eine wesentliche kognitive resp. intellektuelle Beeinträchtigung und eine mittel- bis schwergradig ausgeprägte depressive Störung diagnostiziert hätten, obwohl der objektive klinische Befund – soweit feststellbar – keinerlei Hinweise auf eine dieser Gesundheitsbeeinträchtigungen liefere. Hinzu komme, dass die Behandlungen grösstenteils ohne Dolmetscher durchgeführt worden seien, was eine Symptomvalidierung zum Vorneherein nahezu verunmöglicht habe. Schliesslich passe das aktenmässig dokumentierte Leistungsniveau der Beschwerdeführerin teilweise nicht zu den Angaben der behandelnden Fachärzte. Diese Ausführungen sind überzeugend, weshalb die Berichte der behandelnden Fachärzten schon aus diesem Grund nicht geeignet sein können, die



Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen.

4.3 Der Sachverständige Dr. O.\_\_\_\_ hat zudem überzeugend aufgezeigt, dass jener Teil des objektiven klinischen Befundes, den er trotz des nicht authentischen Verhaltens der Beschwerdeführerin hat erheben können, unauffällig gewesen ist. Er hat darauf hingewiesen, dass das Erscheinungsbild, die Haltung und die Bewegungen der Beschwerdeführerin unauffällig gewesen seien. Sie sei wach und bewusstseinsklar sowie bezüglich Person, Ort und Situation voll orientiert gewesen. Eine Beeinträchtigung der Auffassung sei nicht zu erkennen gewesen. Auch eine Beeinträchtigung der allgemeinen intellektuellen Fähigkeiten, der Konzentration, der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses sei nicht auszumachen gewesen. Hinweise für eine formale oder inhaltliche Denkstörung hätten nicht vorgelegen. Das Gesprächsverhalten mit einer zielgerichteten Vermeidung von Auskünften zu Themen, die eine Objektivierung von Beschwerden zugelassen hätten, habe auf intakte Funktionen von Auffassung und Denken hingewiesen. Die Psychomotorik sei in der Untersuchung unauffällig gewesen. Teilweise habe die Beschwerdeführerin ausgesprochen entspannt gewirkt. Eine Antriebsstörung sei nicht auszumachen gewesen. Eine deprimierte Stimmung habe nicht nachgewiesen werden können. Der Affekt sei in der Untersuchung mürrisch gewesen. Eine Störung der affektiven Schwingungsfähigkeit sei nicht ersichtlich gewesen, denn in der Untersuchungssituation seien unterschiedliche Affekte deutlich geworden. Der Blickkontakt, der Sprachfluss und die Prosodie seien normal gewesen. Teilweise seien der Sprachfluss aber auch verlangsamt und die Prosodie monoton gewesen. Die Mimik und die Gestik seien unauffällig gewesen. Ein Schädel-MRI aus dem Jahr 2009 habe einen im Wesentlichen unauffälligen Befund gezeigt. Die Fähigkeit der Beschwerdeführerin, ein mehrstündiges Gespräch zu führen und selbständig zahlreiche Aktivitäten im Alltag auszuüben, spreche gegen das Vorliegen von wesentlichen kognitiven Defiziten. In der Untersuchung hätten sich zumindest gewisse Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation ergeben. Die Selbstwertregulation sei als intakt erschienen. Die Beschwerdeführerin sei ihren Angaben zufolge in der Lage, seit Jahren Kontakt zu Ärzten, helfenden Angehörigen und helfenden Dritten im Umfeld zu halten. Der objektive klinische Befund, soweit er von Dr. O.\_\_\_\_ hat erhoben werden können, ist folglich weitgehend unauffällig gewesen. Dr. O.\_\_\_\_ hat weder objektive



Anzeichen für eine affektive Störung (insbesondere eine depressive Störung) erheben noch Indizien für die von den behandelnden Ärzten verschiedentlich angegebene Intelligenzbeeinträchtigung feststellen können. Das spricht zwar an sich gegen das Vorliegen einer relevanten psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung, genügt aber – wie in der E. 4.1 dargelegt – noch nicht als Beweis für eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht. Ergäben sich nämlich relevante Beeinträchtigungen hinsichtlich jener Angaben, die nur mit einer zureichenden Mitwirkung der Beschwerdeführerin erhältlich wären, müsste allenfalls doch eine Arbeitsunfähigkeit selbst für ideal leidensadaptierte Tätigkeiten attestiert werden.

4.4 Hinsichtlich der unbewiesen gebliebenen Tatsachen liegt keine objektive Beweislosigkeit vor, die es erlauben würde, mit der materiellen Beweislastverteilung (Nachteil der Beweislosigkeit) zu operieren, denn es besteht durchaus noch die Erwartung, dass die Beschwerdeführerin in einer (erneuten) psychiatrischen Begutachtung zu einer umfassenden Kooperation angehalten werden kann. Dadurch könnten die unbewiesen gebliebenen Tatsachen dann doch noch in Erfahrung gebracht werden, was es erlauben würde, den vollständig ermittelten massgebenden medizinischen Sachverhalt zu würdigen, ohne dass mit dem Nachteil bei einer objektiven Beweislosigkeit operiert werden müsste. Das setzt aber voraus, dass der Beschwerdeführerin vorab verständlich aufgezeigt wird, dass ihre in weiten Teilen verweigernde Haltung eine umfassende Begutachtung verunmöglicht hat und dass von ihr bei einer weiteren psychiatrischen Begutachtung eine umfassende Kooperation erwartet wird. Der Beschwerdeführerin muss aufgezeigt werden, dass ihre Mitwirkungspflicht bei der Sachverhaltsabklärung (Art. 28 ATSG) auch die Pflicht beinhaltet, gegenüber dem medizinischen Sachverständigen umfassende, wahrheitsgemässe Angaben zu machen und sich in der Untersuchungssituation authentisch zu verhalten. Dazu muss ihr angedroht werden, dass die laufende Rente sofort gestoppt werde, wenn sie ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkomme (Art. 43 Abs. 3 ATSG; vgl. dazu TOBIAS BOLT, Folgen einer Mitwirkungspflichtverletzung, in: JaSo 2016, S. 169 ff.). Ein solches Mahn- und Bedenkzeitverfahren kann nur die Beschwerdegegnerin durchführen, denn für das Gerichtsverfahren fehlt eine dem Art. 43 Abs. 3 ATSG entsprechende gesetzliche Norm. Darin ist keine Gesetzeslücke zu erblicken, die das Gericht dazu zwingen würde, richterrechtlich eine dem Art. 43 Abs. 3



ATSG entsprechende Norm für das Beschwerdeverfahren zu kreieren, denn die Sachverhaltsabklärung ist die ureigenste Aufgabe der Verwaltung, weshalb nur diese über ein Druckmittel zur Durchsetzung der Mitwirkungspflicht der versicherten Personen verfügen muss (vgl. dazu auch den Entscheid IV 2014/13 des St. Galler Versicherungsgerichtes vom 28. November 2016, E. 1.2). Die Sache ist folglich an die Beschwerdegegnerin zur Weiterführung der Sachverhaltsabklärung im Sinne der vorstehenden Ausführungen zurückzuweisen.

5.

Die Rückweisung einer Sache zur weiteren Abklärung gilt rechtsprechungsgemäss als ein vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei. Die Gerichtskosten von 600 Franken sind deshalb der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der Beschwerdeführerin wird der von ihr geleistete Kostenvorschuss von 600 Franken selbstverständlich zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin angemessen zu entschädigen. Angesichts des als durchschnittlich zu qualifizierenden Vertretungsaufwandes wird die Entschädigung praxisgemäss auf 3'500 Franken (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt.

### **Entscheid**

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 29. Januar 2015 aufgehoben und die Sache wird zur Vervollständigung der Sachverhaltsabklärung und zur anschliessenden neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

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



3.

Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin mit Fr. 3'500.-- zu entschädigen.