



Fall-Nr.: IV 2016/59
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 20.09.2019
Entscheiddatum: 03.05.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 03.05.2018

Polydisziplinäres Gutachten. Mögliche Überschneidung von neurologischen und psychiatrischen Ursachen bei beklagtem Anfallsleiden. Notwendigkeit der ergänzenden Abklärung im Hinblick auf eine (allfällige) Sicherung der Diagnose einer Epilepsie und - was psychiatrische Leiden betrifft - gegebenenfalls einer Objektivierung der Beschwerden durch Auseinandersetzung mit den Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281. Abklärung eines allfälligen Verlaufs der Gesundheitsschäden (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. Mai 2018, IV 2016/59).

Besetzung

Versicherungsrichterin Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Versicherungsrichterin Monika Gehrler-Hug, Versicherungsrichter Ralph Jöhl; Gerichtsschreiberin Fides Hautle

Geschäftsnr.

IV 2016/59

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Advokatin lic. iur. Raffaella Biaggi,

c/o Gremmelpacher Bürkli Biaggi Wiprächtiger,

St. Jakobs-Strasse 11, Postfach 3003, 4002 Basel,



St.Galler Gerichte

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 22./25. August 2011 [...] zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. [...] Nach der Realschule habe sie eine Fernausbildung zur Arztsekretärin [IV-act. 4: zur medizinischen Sekretärin, von Dezember 2008 bis März 2010] gemacht. Seit 2006 leide sie an Epilepsie und sei seit 5. Dezember 2006 voll arbeitsunfähig. Sie erhalte Sozialhilfeleistungen (IV-act. 1).

A.b Einem Bericht des Schweizerischen Epilepsie-Zentrums vom 19. Januar 2010 (IV-act. 3) an Dr. med. B.____, Facharzt für Neurologie FMH, war zu entnehmen gewesen, dass dieser die Versicherte im November 2009 zugewiesen hatte. Offenbar sei ungefähr im Jahr 2006 durch Dr. med. C.____, Facharzt für Neurologie FMH (Spital D.____), bei der Versicherten einmal eine Epilepsie-Diagnose gestellt und eine probatorische Therapie mit Lamotrigin (Lamictal) eingeleitet worden. Nicht zuletzt weil sich die Beschwerden darunter nach Angaben der Versicherten und ihres [Angehörigen] X.____ eher verschlechtert als verbessert hätten, bestehe eine Skepsis gegenüber der Epilepsie-Diagnose (in einem Bericht vom 14. November 2009 habe Dr. B.____ allerdings von einer Besserung unter diesem Mittel geschrieben). Die Versicherte habe berichtet, sie habe eine T.____-Lehre abgebrochen und seit 2006 verschiedene Aushilfsberufe gehabt (sie habe in einem R.____ und als S.____-praktikantin gearbeitet). Zurzeit absolviere sie eine Fernschulung. Medikamente nehme sie nicht, Alkohol manchmal, gelegentlich komme auch Abusus vor. Die Einnahme des vor etwa fünf Monaten verordneten Xanax habe sie nach zwei Monaten beendet. Klinisch



neurologisch bestünden bei der Versicherten keine Auffälligkeiten. Im EEG habe sich (wie bei Dr. B.____) ein pathologischer Befund gezeigt mit mässigen unspezifischen Verlangsamungsherden, wiederholt auch Auftreten von spike-Komplexen, sehr häufig diffus irregulärer spike wave- bzw. polyspike wave-Aktivität, einmal Unterbrechung der Tätigkeit während einer zwei Sekunden dauernden bilateralen Entladung. Er (der berichtende Dr. med. E.____) habe aufgrund der Anamnese und des EEG-Befundes wie Dr. B.____ keinen Zweifel an der Diagnose einer Epilepsie. Zur definitiven Sicherung der Diagnose und nicht zuletzt auch zur Syndromdiagnose habe er (sc. anlässlich der Konsultation) eine Hospitalisation der Versicherten für maximal zwei Wochen vorgeschlagen, bei der auch neuropsychologische Untersuchungen und EEG-Langzeit-Ableitungen erfolgen sollten. - In einem Bericht vom 11. August 2010 (IV-act. 2-3 f.) hatte das Spital D.____ (Dr. med. F.____) angegeben, die Versicherte sei durch den Rettungsdienst bei Krampfanfall zugewiesen worden. Bei der Anamnese war festgehalten worden, sie habe berichtet, nachmittags am Bahnhof zu Boden gegangen zu sein. Es sei ein generalisiertes Zittern beobachtet worden. Zungenbiss positiv, kein Einnässen. Es sei eine postiktale Phase von etwa zehn Minuten gefolgt. Vor dem Anfang werde sie (die Versicherte [jeweils]) müde und bekomme Herzrasen. Die Ereignisse würden ihres Erachtens durch Stresssituationen ausgelöst. Sie habe am betreffenden Tag eine Auseinandersetzung mit dem X.____ gehabt. Bis vor wenigen Monaten habe sie Lamictal zur Anfallsprophylaxe eingenommen. Das Erstereignis liege zwei Jahre zurück. Das Medikament habe die Anfallsfrequenz erhöht, weshalb sie es abgesetzt habe. Sie sei inzwischen [...] alternativmedizinisch therapiert worden. Bei der Beurteilung war dargelegt worden, Beistehende hätten die Rettung alarmiert. Bei der körperlichen Untersuchung seien Hämatome und Schmerzen an beiden Ellbogen und Schürfwunden an der linken Hand und der Oberlippe aufgefallen. Die Beweglichkeit des rechten Ellbogens sei eingeschränkt gewesen. Die periphere Motorik, Durchblutung und Sensibilität seien intakt gewesen, die Vitalparameter stabil. Die restliche körperliche Untersuchung sei unauffällig gewesen, ebenso wie die Laborbefunde und das EKG. Im Röntgen habe sich kein Hinweis auf eine Fraktur gezeigt. Die Versicherte und ihr X.____ hätten eine dringend empfohlene stationäre Überwachung und die für den folgenden Tag vorgesehene Durchführung eines EEGs vehement abgelehnt. Nach vierstündiger Beobachtung habe die Versicherte das Spital gegen den ärztlichen Rat verlassen. Diagnostiziert wurde eine Epilepsie mit



generalisierten Anfällen (ED 2006), aktuell der V.a. generalisierten Krampfanfall nach Absetzen der antiepileptischen Therapie. - Am 26. August 2010 (IV-act. 2-1 f.) hatte das Spital D.____ (Dr. med. G.____) als Diagnose einen Kollaps mit Sturz bei Panikattacken, bei DD Agoraphobie und bei Ausschluss einer Epilepsie vor ca. einem Jahr (durch Dr. B.____), angegeben. Die Vitalparameter waren wiederum stabil gewesen. Es hatten sich Prellmarken und ein oberflächliches Hämatom im Unterkieferbereich rechts gefunden. Wiederum hatte die Versicherte eine Hospitalisation kategorisch abgelehnt. - In einem Kurzaustrittsbericht vom 20. November 2010 (IV-act. 2-5) hatte das Spital D.____ (Dr. med. H.____) angegeben, die Versicherte sei vom 19. bis 20. November 2010 hospitalisiert gewesen. Es liege eine idiopathische generalisierte Epilepsie mit myoklonischen Anfällen und generalisierten tonisch-klonischen Anfällen (atopische juvenile myoklonische Epilepsie) vor. Nach Rücksprache mit dem Neurologen Dr. C.____ sei eine Behandlung mit Keppra begonnen worden.

A.c Für das Spital D.____ gab Dr. C.____ im IV-Arztbericht vom 18. Oktober 2011 (Eingangsdatum; IV-act. 12) an, es lägen erstens eine Epilepsie mit generalisierten Anfällen und zweitens eine psychische Belastungssituation vor. Er habe die Versicherte vom 10. März 2006 bis 16. November 2007 behandelt und tue dies erneut seit dem 11. März 2011. In der ersten Behandlungsphase sei eine Medikation eingeleitet worden, auf welche die Versicherte gut angesprochen habe. Ihre Compliance sei indessen in der Folge schlecht gewesen und sie sei wiederholt nicht zu Kontrollen erschienen. Bei der späteren erneuten Vorstellung sei die Einleitung einer Schutzmedikation vereinbart worden, doch sei es bei der geplanten Kontrolle vom 19. August 2011 zu einem Grand-mal-Anfall gekommen und eine Serumspiegelkontrolle habe gezeigt, dass die Versicherte das Antiepileptikum wieder nicht eingenommen habe. Eine Arbeitsunfähigkeit habe er nicht attestiert; eine Wiedereingliederung sollte bei suffizienter Medikamentencompliance möglich sein. Die Versicherte mache aber noch psychiatrische Symptome geltend, wozu er keine kompetente Aussage machen könne. Das bedürfe einer psychiatrischen Beurteilung. - In einem Verlaufsbericht vom 28. Oktober 2011 (IV-act. 16) gab Dr. C.____ unter anderem an, allein aufgrund der Epilepsie (er diagnostizierte eine solche mit partiell-komplexen und sekundär-generalisierten Anfällen) sei eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % zu attestieren bzw. bei konsequenter medikamentöser Behandlung und entsprechender Compliance bestehe keine Arbeitsunfähigkeit von 20 %. Zurzeit sei die psychiatrische Symptomatik die



Arbeitsfähigkeit limitierend. Es komme zu rezidivierenden Panikattacken. Die Versicherte sei stark auf ihren Lebenspartner fixiert und traue sich nur in seiner Begleitung nach draussen. Es fehle eine geordnete Tagesstruktur. Bei der letzten Konsultation am 28. Oktober 2011 habe sich erstmals ein verwertbarer Lamotrigin-Serumspiegel von 4.9 mg/l (3.0-14.0) gezeigt, der, obwohl im unteren therapeutischen Bereich, darauf schliessen lasse, dass die Versicherte das Mittel in einigermaßen regelmässigen Abständen eingenommen habe. Es sei ihr schriftlich eine Dosis-Erhöhung empfohlen worden. Weil sie mehrheitlich in I.____ lebe, sei ihr auch empfohlen worden, dort einen Neurologen zu suchen. Einen Termin für eine nächste neurologische Kontrolle bei ihm habe die Versicherte nicht vereinbart.

A.d Ein beauftragter Rechtsvertreter brachte für sie am 1. Juni 2012 (IV-act. 21-1 ff.) unter Beilage diverser Arztberichte vor, es bestehe kein Zweifel, dass die Versicherte seit mehreren Jahren aus gesundheitlichen Gründen in erheblichem Ausmass in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt und nun auch bereits seit längerem als voll arbeitsunfähig zu betrachten sei. Es seien ihr die ihr zustehenden Leistungen zuzusprechen, eventuell sei eine polydisziplinäre Begutachtung anzuordnen. Zu Beginn des Monats März 2012 habe sich die Versicherte in psychiatrische Behandlung begeben. - Im beigelegten Bericht vom 26. April 2012 (IV-act. 21-11) hatte Dr. C.____ angegeben, gemäss telefonischer Kontaktnahme durch die Versicherte bestünden rezidivierende Anfallsereignisse, zum Teil mehrmals pro Woche. In Anbetracht der Gesamtsituation (mit der psychischen Belastungssituation, derentwegen die Versicherte in psychiatrischer Betreuung stehe) erscheine zurzeit eine Arbeitsfähigkeit nicht realistisch. Es habe seit 28. Oktober 2011 keine Konsultation mehr stattgefunden. - Die Psychiatrie-Dienste U.____ (Dr. med. J.____) hatten Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, am 27. März 2012 (IV-act. 21-9 f.) berichtet, es habe vom 4. Oktober 2010 bis 15. Dezember 2010 eine ambulante Behandlung stattgefunden. Es lägen psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F45) und Störungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch, gegenwärtig abstinert (F10.20), vor. Trotz vieler Ressourcen habe sich die Versicherte aus Angst vor neuen Anfällen nicht getraut, eine Arbeitsstelle aufzusuchen. - Dr. K.____ seinerseits hatte am 5. Mai 2012 (IV-act. 21-7) unter anderem angegeben, er habe die Versicherte seit 2. März 2012 bei sechs ambulanten Sitzungen behandelt. Er vervollständige den Bericht der Psychiatrie-Dienste U.____ insofern, als neben den



St.Galler Gerichte

genannten Diagnosen (richtig F54 und F10.1) auch eine juvenile Epilepsie, Probleme mit Bezug auf vermutete körperliche Misshandlung eines Kindes (Z61.6) und eine Familienanamnese des Suizids der [Angehörigen] V.____ (Z81.8) bestünden, ausserdem als psychiatrisches Hauptproblem eine Agoraphobie ohne Panikstörung (F40.00). Die Versicherte könne die Wohnung nicht allein verlassen; ihr Freund begleite sie stets. Das verordnete Antidepressivum habe die Versicherte nach zwei Wochen in der Folge eines neuen Epilepsieanfalls abgesetzt. Nach Angaben der Versicherten sei die aktuell volle Arbeitsunfähigkeit nebst der schwierig zu stabilisierenden Epilepsie Folge von psychischen Gründen.

A.e Am 1. Oktober 2012 (IV-act. 31) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen der damaligen Rechtsvertretung der Versicherten mit, bis zum Eingang der Resultate der medizinischen Abklärung seien keine beruflichen Massnahmen möglich.

A.f Am 3. Januar 2013 erstattete die mit einer Begutachtung beauftragte MEDAS Bern ihr polydisziplinäres Gutachten (IV-act. 35). Als Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit lägen vor eine kryptogenetische Epilepsie mit komplexen und generalisierten Anfällen, eine kombinierte Persönlichkeitsstörung, eine generalisierte Angststörung und dissoziative Krampfanfälle. Ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit seien (verkürzt wiedergegeben) ein Alkohol-Abhängigkeitssyndrom (gegenwärtig abstinent, Vollremission), eine Fehlstatik der Wirbelsäule und ein Status nach operativer Versorgung einer Sprunggelenksfraktur. Als Arztsekretärin bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (bei vollem Zeitpensum), seit etwa Sommer 2011. Weil aufgrund ihrer etwas expansiv anmutenden Art das Problem der Akzeptanz durch Dritte entstehen und die Teamfähigkeit in Frage gestellt werden könnte, sollte die Tätigkeit möglichst in einem Einzelbüro oder in einem Grossraumbüro in angemessenem räumlichem Abstand zu den Kollegen erfolgen. Andere Tätigkeiten seien der Versicherten im gleichen Rahmen zumutbar. Es sei ein wohlwollendes Arbeitsklima erforderlich. Rehabilitationsmassnahmen seien nicht vorzusehen, eine Vertiefung und Intensivierung der ambulanten psychiatrischen und neurologischen Behandlung hingegen sei dringend anzuraten.



St.Galler Gerichte

A.g Nach einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der Invalidenversicherung wurde der Versicherten mit Schreiben vom 23. April 2013 (IV-act. 38) unter Hinweis auf Art. 21 Abs. 4 und Art. 43 Abs. 3 ATSG die Auflage abverlangt, sich bei aktiver Mitwirkung während mindestens sechs Monaten einer neurologischen und psychiatrischen Behandlung zu unterziehen (und innert Frist die entsprechenden beiden Fachärzte und das Datum des Beginns der Therapie zu bezeichnen).

A.h Die Versicherte teilte daraufhin am 10. Mai 2013 (IV-act. 39) mit, sie halte sich bei ihrem Freund in I.____ auf. Noch im Mai 2013 werde sie [...] sich dann dort anmelden. Am gegenwärtigen Wohnort sei ihr grosser psychischer Schaden zugefügt worden. In I.____ lasse sie sich behandeln bzw. werde sie sich behandeln lassen von einem benannten Neurologen (später: von Dr. med. L.____, Fachärztin für Neurologie), vom Arzt J.____ und von Dr. K.____. Ihr Neurologe am derzeitigen Wohnort sei Dr. C.____. Sie gehe seit ihrem 12. Altersjahr regelmässig zu Arztbesuchen, zu Psychiatern und Neurologen. Eine Verbesserung habe sich nie gezeigt. Sie sei von negativen Energien und Menschen okkupiert gewesen. Was ihr Körper und ihre Seele nun bräuchten, sei Ruhe und Entspannung. Sie habe ihr ganzes Leben lang unter Stress und Panik gestanden. Ihr Psychiater, der ihr am meisten geholfen habe, sei ihr Freund. Wenn jemand daran interessiert sei, dass sie wieder gesund werde, sei sie das in erster Linie selber, und sie sei dabei, diesen Weg zu gehen. - Am 22. Juli 2013 (IV-act. 42) teilte die Versicherte mit, sie sei umgezogen, am 24. Juli 2013 (IV-act. 43), sie habe fünfmal täglich Epilepsieanfälle, und am 26. Juli 2013 (IV-act.44), sie erwarte eine Unterstützung (wohl Rente) von 50 %, denn sie sei wirklich krank und sei [...] gestürzt, und wahrscheinlich werde sie sich in M.____ anmelden. - Dr. L.____ teilte am 18. Oktober 2013 (IV-act. 47) mit, sie könne keinen Arztbericht abgeben, denn die Versicherte habe bei ihr nur während weniger als eines Monats Ende Mai 2013 in Behandlung gestanden und sei nach M.____ umgezogen (vgl. hierzu auch IV-act. 49). - Am 15. November 2013 (IV-act. 50) ersuchte die Versicherte um Unterstützung, weil sie ein Praktikum als Arztsekretärin machen wolle. Sie sei bei der Arbeitslosenversicherung zu 100 % (sc. Vermittlungsfähigkeit) angemeldet und wolle ein Praktikum mit einem Pensum von 50 % ausüben, um zu prüfen, wie sich ihr Gesundheitszustand dabei verhalte. - Gemäss Schreiben vom 2. Dezember 2013 (IV-act. 56) hat der damalige Rechtsvertreter sein Mandat abgeschlossen.



St.Galler Gerichte

A.i Mit Schreiben vom 20. Januar 2014 (IV-act. 57) liess die Versicherte durch eine Kontaktstelle für Arbeitslose berufliche Massnahmen beantragen. Es bringe ihre Genesung nicht voran, wenn sie zwar psychiatrisch behandelt werde, aber keine Massnahmen erfolgten, welche auch die soziale und berufliche Integration unterstützten.

A.j Dr. med. N.____, Neurologie FMH, erklärte am 5. Mai 2014 (IV-act. 62), es liege eine atypische juvenile Myoklonusepilepsie vor. Die Versicherte habe ihn am 22. und 29. Oktober 2013 und am 7. März und 10. April 2014 konsultiert. Es seien verschiedene Medikamente eingesetzt und teilweise wieder abgesetzt worden. - Nach einem EEG-Befund des Universitätsspitals O.____ vom 11. September 2013 (damals hatte keine antiepileptische Medikation bestanden), bei welchem intermittierende Herde bifrontal, leicht rechtsbetont, mit einmalig epilepsieverdächtigem Ablauf mit Dauer von ca. zwei Sekunden und vereinzelte Zeichen einer cerebralen Übererregbarkeit gefunden worden waren (IV-act. 60-4), war ein MRI mit der Frage nach einer fokalen kortikalen Dysplasie rechts frontal angemeldet worden. Gemäss dem Bericht vom 18. September 2013 (IV-act. 60-3) hatte das MRI des Neurokraniums (Übersicht) eine normale cerebrale MRT gezeigt. Es bestehe kein Korrelat des epileptogenen Fokus frontal rechts.

A.k Mit Schreiben vom 21. Mai 2014 (IV-act. 63) ersuchte die Versicherte um sofortige finanzielle Unterstützung durch die Invalidenversicherung. Sie sei offensichtlich nicht arbeitsfähig und habe schon jegliche psychiatrische und neurologische Behandlung gehabt. Das habe nicht zur Besserung geführt. Sie brauche nun Ruhe und Erholung. Ihre Ärzte sähen zurzeit keine andere Lösung. Sie sei motiviert und habe grosses Potenzial, aber sie habe mit 16 Jahren, als die Anfälle begonnen hätten, gesehen, dass sie nicht arbeiten könne. Denn sie sei schon einige Male vom Krankenwagen von der Strasse abgeholt worden und unter diesen Umständen habe natürlich niemand sie arbeiten lassen wollen. Sie habe immer wieder versucht, zu arbeiten und zu lernen, und dann sei es jeweils wieder abwärts gegangen. Das wolle sie nicht mehr. Das Warten auf den Bescheid der IV sei ihr eine grosse Last, was zu Anfällen und Myoklonien führe. Sie müsse jeglicher Stresssituation ausweichen. Wenn es ihr besser gehen werde und sie arbeiten oder zur Schule oder in ein Praktikum werde gehen können, erwarte sie ausserdem, dass die IV sie dabei unterstützen werde. Falls die IV annehme, sie sei



St.Galler Gerichte

nicht ehrlich und ihre (sc. wohl: geschilderte) Situation sei eine Lüge, so könne sie glauben, dass sie sich wünsche, diese eintauschen zu können.

A.l In einem IV-Arztbericht vom 16. Juni 2014 (IV-act. 65) gab Prof. Dr. med. P.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, an, er behandle die Versicherte seit 1. November 2013. Es liege bei ihr eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung vor. Beide Eltern seien psychisch krank gewesen und die Versicherte habe seit dem sechsten Altersjahr mit ihnen schwere Spannungen gehabt. Vor allem der Suizid der V.____ im Jahr 2003 habe die Versicherte belastet. Danach sei sie an schweren Ängsten und Ohnmachtsanfällen erkrankt. Bei deren Fortbestehen wäre sie vorläufig arbeitsunfähig. Es bestehe die Aussicht, dass sie bei Weiterführung der psychiatrischen und neurologischen Behandlung später voll arbeitsfähig werde, in einem bis zwei Jahren zu 50 bis 80 % arbeitsfähig.

A.m Bei einer Beurteilung vom 24. Juni 2014 (IV-act. 78-3) nahm der RAD daraufhin an, die Versicherte habe die Auflage klar erfüllt, da sie seit rund acht Monaten in Behandlung durch Prof. P.____ stehe. An der Auflage sollte aber unbedingt weiterhin festgehalten werden.

A.n Am 13. August 2014 ging ein Bericht des Universitätsspitals O.____ vom 25. Juli 2014 (IV-act. 72) ein. Es liege eine idiopathische Epilepsie mit partiell-komplexen und sekundär-generalisierten Anfällen (ED 2007) vor. Nach mehreren generalisierten Krampfanfällen am 19. Juli 2014 mit Kopfanprall sei die Versicherte durch die Ambulanz zugewiesen worden. Das letzte Ereignis sei anamnestisch dreieinhalb Monate vorher geschehen. Im MRI habe sich keine Veränderung im Vergleich zur Voruntersuchung vom September 2013 bzw. hätten sich keine pathologischen Befunde gefunden. Im EEG vom 22. Juli 2014 hätten (unter Levetiracetam und Clobazam) keine Zeichen der cerebralen Übererregbarkeit oder Herdbefunde dokumentiert werden können. Im Vergleich zur Voruntersuchung habe sich eine Befundbesserung gezeigt. Nach etablierter (veränderter) Therapie sei die Versicherte am 22. Juli 2014 ohne anfallsverdächtige Episoden entlassen worden. Am 28. Juli 2014 habe sie sich notfallmässig wieder auf der neurologischen Poliklinik vorgestellt, weil sie zuhause mehrere Anfälle erlitten habe. Im EEG vom 31. Juli 2014 habe sich eher eine Befundverschlechterung mit einem intermittierenden Herdbefund und Zeichen einer



Übererregbarkeit bis hin zu epilepsieverdächtigen Potenzialen gezeigt. Unter der Annahme, dass es sich um vom Frontallappen ausgehende Ereignisse gehandelt habe, die sich unter der eingesetzten Medikation in seltenen Fällen verschlechtern könnten, sei die Therapie gewechselt worden (zwei Medikamente in Kombination). Die Versicherte wünsche psychiatrische Begleitung.

A.o Die mit der Abklärung der Eingliederungsmöglichkeiten beauftragte IV-Stelle M.____ gab am 26. November 2014 (IV-act. 73) bekannt, es könnte als Integrationsmassnahme ein Belastbarkeitstraining (ab 5. Januar 2015, drei Monate lang) in geschütztem Rahmen erfolgen. Ziel sei innert dieser Zeit eine Steigerung des Arbeitspensums von viermal zwei Stunden pro Woche auf 50 %. Zuletzt habe die Versicherte von 2007 bis 2008 ein Praktikum als S.____-helferin gemacht. Wegen Unverträglichkeit nehme sie zurzeit keine Medikamente. Behandelnd sei eine Psychotherapeutin der Universitären Psychiatrischen [Institutionen] O.____.

A.p Der RAD hielt am 15. Dezember 2014 (IV-act. 78-4) fest, die Versicherte sei wahrscheinlich wieder nicht mehr in ein verlässliches Therapiesetting eingebunden. Eine neurologische Behandlungsstelle habe sich nicht dokumentieren lassen. Die Versicherte nehme keine - also weder neurologisch noch psychiatrisch indizierte - Medikamente ein und suche einzig eine Psychotherapeutin auf. - Gemäss einem Strategie-Protokoll und einem Assessmentprotokoll vom gleichen Tag (IV-act. 76 f.) wurde festgehalten, da die Versicherte keine Medikamente einnehme, seien berufliche (d.h. Integrations-) Massnahmen nicht zielführend. Es sei dringend eine psychiatrische und neurologische Behandlung mit Medikamenten angezeigt und es seien wieder Schadenminderungsaufgaben zu prüfen. - Schliesslich wurde am 5. Januar 2015 (IV-act. 79) vorgesehen, doch zuvor die Integrationsmassnahmen durchzuführen.

A.q Am 12. Januar 2015 gingen zwei Bestätigungen vom 7. Januar 2015 ein, wonach die Versicherte am 2. Februar 2015 einen nächsten Konsultationstermin bei Dr. N.____ habe (IV-act. 80-1) und in regelmässiger ambulanter Behandlung an den Universitären Psychiatrischen [Institutionen] O.____ stehe (unter anderem unterzeichnet durch die Psychologin Q.____, ; IV-act. 80-2). - Am 12. Januar 2015 wurde auch eine Zielvereinbarung für die Integrationsmassnahmen unterzeichnet (IV-act. 81; vgl. auch IV-act. 82). Es wurde als Auflage vorgesehen, dass eine regelmässige neurologische



und psychiatrisch/psychologische Behandlung erfolge und in den nächsten zwei Wochen je zwei Behandlungstermine bei Neurologe und Psychiater angegeben würden. - Am 23. Januar 2015 (IV-act. 84) leistete die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen Kostengutsprache für die Massnahmen (Aufbautraining) unter festgesetzten Rahmenbedingungen bei der [Institution] Z.____.

A.r Am 26. März 2015 (IV-act. 85) teilte die behandelnde Psychologin mit, die Versicherte werde an den Universitären Psychiatrischen [Institutionen] O.____ seit dem 14. August 2014 ambulant behandelt. An den regelmässigen Sitzungen nehme sie motiviert und zuverlässig teil. Dabei habe die Versicherte von einer deutlichen Steigerung ihrer Anfälle schon zu Beginn des Integrationstrainings, bei geringsten Anforderungen, berichtet. Es sei auch eine deutliche Zunahme der psychischen Belastung spürbar gewesen, die durch die Sitzungen nicht habe ausgeglichen werden können.

A.s Die Eingliederungsberatung hielt am 29. April 2015 (IV-act. 91) fest, die Versicherte wünsche die Rentenprüfung, da sie nicht arbeiten könne. Die IV-Stelle M.____ hatte am 15. April 2015 (IV-act. 92) unter Hinweis auf einen Abschlussbericht vom 13. April 2015 (richtig ev. 30. März 2015) berichtet, die Versicherte sei nicht eingliederbar. - In einem Bericht vom 27. Januar 2015 (IV-act. 94-9) hatte die [Institution] Z.____ unter anderem angegeben, die Versicherte sei recht anstrengend, habe ständig irgendwelche grundlegende Probleme, beanspruche sehr viel Zeit des Vorgesetzten, erzähle viele, zum Teil sehr abenteuerliche Geschichten und mache dunkle Andeutungen. - In einem definitiven (abschliessenden) Bericht der [Institution] Z.____ vom 30. März 2015 (IV-act. 94-1, 4 und 3) war ausgeführt worden, nachdem die Aufnahme der Massnahme wegen der Ablehnung der medikamentösen Behandlung durch die Versicherte von der zuständigen IV-Stelle zunächst abgelehnt worden sei, habe die Massnahme doch aufgenommen werden können. Die Versicherte habe erklärt, sie sei auch ohne Medikamente seit geraumer Zeit anfallsfrei. Davor habe sie gerade wegen der Medikamente Anfälle erlitten. Nach dem zweiten Arbeitstag habe sie dann zuhause einen Anfall gehabt und danach noch weitere, bei der Arbeit und zuhause. Die Versicherte habe häufig mit Erzählungen über grossartige früher erbrachte Leistungen überrascht und ostentativ dunkle Erlebnisse angedeutet, über die sie dann nichts habe erzählen wollen. Auf schwierige Erlebnisse habe sie häufig sehr aggressiv reagiert,



St.Galler Gerichte

jedoch nicht im Zusammenhang mit der Tätigkeit in der [Institution] Z.____. Sie habe histrionisch gewirkt. [...]. Der Auflage der IV sei die Versicherte nachgekommen, indem sie regelmässig Termine bei der Psychologin wahrgenommen habe. Die Behandlung bei Dr. N.____ habe sie abgebrochen. Im Lauf der Massnahme habe die Häufigkeit der Anfälle stark zugenommen. Die Versicherte sei der Ansicht, sie bedürfe zur Gesundung vor allem der Ruhe, und strebe deshalb eine Rente an.

A.t Am 6. Mai 2015 (IV-act. 98) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen der Versicherten mit, das Leistungsgesuch um berufliche Massnahmen werde abgewiesen, denn weitere Massnahmen seien wegen der gesundheitlichen Situation nicht möglich. Betreffend Rente werde sie eine separate Verfügung erhalten.

A.u Am 7. Juli 2015 (IV-act. 101) erstatteten die Universitären Psychiatrischen [Institutionen] O.____ einen IV-Verlaufsbericht. Die Diagnose habe sich nicht verändert; es lägen dissoziative Krampfanfälle vor. Diese Störung beeinflusse die Arbeitsfähigkeit und bestehe seit dem 16. Lebensjahr mit je nach Belastungssituation fluktuierender Symptomatik. Zudem bestünden Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite und eine geringe Stresstoleranz. In Frage kämen nur Tätigkeiten, bei denen die Versicherte nicht sich selbst oder ihr Umfeld gefährde, also nur Tätigkeiten ohne potenzielle Gefahrenquellen wie gefährliche Gegenstände oder das Bedienen risikoreicher Maschinen. Es sei eine allmähliche Wiedereingliederung zu empfehlen, zum Beispiel mit einem Beginn bei zwei Arbeitsstunden pro Tag und einer Steigerung um wöchentlich maximal eine Stunde pro Tag. Es sei hierzu - schon im Vorfeld - eine intensivere psychotherapeutische Behandlung erforderlich und zu empfehlen, was die Versicherte jedoch bis anhin immer abgelehnt habe. Sie halte dafür, jede Art von verpflichtenden Terminen (auch therapeutische Sitzungen) sei eine starke psychische Belastung.

A.v Der RAD (eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH) erklärte am 28. August 2015 (IV-act. 102), seit der Begutachtung im Jahr 2013 habe sich der Gesundheitszustand der Versicherten nicht wesentlich verändert. Um die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 50 % zu verwerthen, bedürfe es vorgängig einer regelmässigen psychiatrisch-psychotherapeutischen und neurologischen Behandlung



St.Galler Gerichte

über zwei bis drei Monate hinweg mit anschliessenden Integrationsmassnahmen unter Fortführung der engmaschigen Behandlung. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit sei auf Sommer 2011 festzulegen. Hinweise auf Inkonsistenzen lägen nicht vor.

A.w Mit Vorbescheid vom 15. Oktober 2015 (IV-act. 106) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen der Versicherten die Zusprache einer halben Rente bei einem Invaliditätsgrad von 50 % (Valideneinkommen Fr. 51'444.--; Invalideneinkommen Fr. 25'722.--) ab August 2012 in Aussicht.

A.x Die im Oktober 2015 neu bestellte Rechtsvertreterin wandte mit Schreiben vom 26. Oktober 2015 (IV-act. 111) ein, die Sache müsse neu beurteilt werden. Nach der Beurteilung des RAD sei die Arbeitsfähigkeit von 50 % erst ab dem erfolgreichen Abschluss der Integrationsmassnahmen massgebend, vorher sei die Versicherte voll arbeitsunfähig. Das decke sich auch mit dem Ergebnis nach dem Arbeitsversuch. Trotz allseits beobachteter und bestätigter sehr guter Motivation und grossem Engagement sei es selbst im geschützten Rahmen nicht möglich gewesen, eine Leistung von 50 % zu erreichen. Deshalb sei eine ganze Rente zuzusprechen. Der Anspruch könnte mit der Schadenminderungsaufgabe einer regelmässigen Behandlung verbunden werden. Es sei angesichts der abgeschlossenen Ausbildung als Arztsekretärin unzutreffend, ein Valideneinkommen in einer Hilfstätigkeit anzunehmen. Dass die Versicherte bisher nicht in dieser Tätigkeit gearbeitet habe, müsse auf gesundheitliche Gründe zurückgeführt werden. Das Valideneinkommen sei auf Fr. 70'473.-- festzusetzen und beim Invalideneinkommen sei (sc. vom Tabellenlohn) ein Abzug von mindestens 10 % vorzunehmen. Schliesslich sei der Versicherten die unentgeltliche Verbeiständung im Vorbescheidverfahren zu bewilligen.

A.y Mit Verfügung vom 29. Januar 2016 (IV-act. 118, adressiert an die Versicherte; mit Datum vom 17. Februar 2016 noch der Rechtsvertreterin zugestellt; IV-act. 123) sprach die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen der Versicherten ab 1. August 2012 eine halbe ausserordentliche Invalidenrente zu.

B.



Gegen diese Verfügung richtet sich die von Advokatin lic. iur. Raffaella Biaggi für die Betroffene am 19. Februar 2016 erhobene Beschwerde. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin ab August 2012 eine ganze Invalidenrente zu bezahlen. Ausserdem sei ihr die unentgeltliche Verbeiständung für das Beschwerdeverfahren zu bewilligen. Die Beschwerdeführerin habe am 11. und am 26. August 2010 einen Kollaps mit Panikattacken und retrograder Amnesie für die Ereignisse erlitten. Gleiche Episoden habe sie damals seit ca. zwei Jahren bis zu zweimal monatlich erlebt und sie habe deswegen am 19. November 2010 im Spital D.____ stationär behandelt werden müssen. Weitere Spitalbehandlungen seien im August 2013 und im Juli 2014 erfolgt. Dr. K.____ habe psychische Probleme im Zusammenhang mit verschiedenen Traumatisierungen, so dem Suizid der V.____, als die Beschwerdeführerin zwölfjährig gewesen sei, häuslicher Gewalt in der Familie und dem Wegzug des Vaters im Jahr 2007, diagnostiziert. Bei der Anamnese im Gutachten sei festgehalten worden, die Beschwerdeführerin habe eine T.____-Lehre und ein Praktikum im S.____-bereich abgebrochen. Die V.____ habe mehrere Suizidversuche unternommen und sich schliesslich erhängt. Der Vater sei regelmässig gewalttätig und ausserdem drogenabhängig gewesen und sei in die Heimat zurückgegangen, als die Beschwerdeführerin noch minderjährig gewesen sei. Die Beschwerdeführerin habe angegeben, zeitweise massiv Alkohol zu konsumieren, und zu versuchen, sich auf diese Weise zu entspannen. Zu rügen sei die fehlende Beweiskraft des Gutachtens. Dieses sei zur Zeit der angefochtenen Verfügung deutlich (die Untersuchungen hätten vor mehr als drei Jahren stattgefunden) veraltet gewesen. Auch inhaltlich sei es nicht bis ins letzte Detail nachvollziehbar. Die separate psychiatrische Beurteilung fehle; sie vermische sich mit der neurologischen. Die attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % lasse sich daher nicht nachvollziehen. Immerhin stelle auch die MEDAS fest, dass ein zumutbarer Arbeitsplatz einen schützenden Charakter aufweisen müsse. Aufgrund der Akten insgesamt sei die Vermittelbarkeit der Beschwerdeführerin im ersten Arbeitsmarkt zu verneinen. Für Dezember 2014, als der RAD davon ausgegangen sei, die Voraussetzungen für einen erfolgreichen beruflichen Einstieg seien solange nicht gegeben, als nicht eine anhaltende neurologische und psychiatrische Betreuungskontinuität gewährleistet sei, sei ohne weiteres eine volle Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Der Eingliederungsversuch sei, wie die [Universitären Psychiatrischen



(Institutionen)] bestätigt hätten, aus gesundheitlichen Gründen gescheitert. Bei geringsten Belastungen habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin massiv verschlechtert. Auch am 28. August 2015 sei der RAD nicht von einer Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt ausgegangen. Es fehle eine verwertbare Restarbeitsfähigkeit und sei daher eine ganze Rente zuzusprechen. Das Valideneinkommen sei auf Fr. 70'473.-- festzulegen, da die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden als Arztsekretärin tätig wäre. Dieser Beruf entspreche den Zumutbarkeitskriterien gemäss Gutachten nicht, weshalb, sollte von einer Restarbeitsfähigkeit ausgegangen werden, ein Invalideneinkommen bei einer Hilfstätigkeit zu bestimmen sei. Den gesundheitlichen Beeinträchtigungen wäre mit einem Leidensabzug von mindestens 10 % Rechnung zu tragen.

C.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 15. März 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Dem Gutachten der MEDAS komme volle Beweiskraft zu. Es sei ausführlich abgefasst und die Schlussfolgerungen seien begründet. Es gebe keine Anhaltspunkte, dass die Leiden nicht umfassend und kompetent abgeklärt worden wären. Das Hauptgutachten sei unter psychiatrischer Disziplin erstellt worden. Nach der Beurteilung des RAD habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seither nicht verändert. Dem Bericht von Prof. P.____ sei die Behandlungsfrequenz nicht zu entnehmen, so dass nicht beurteilt werden könne, ob die Behandlung regelmässig bzw. intensiv gewesen sei. Bis anhin sei die Beschwerdeführerin der zumutbaren Selbstbehandlungs- bzw. Selbsteingliederungspflicht nicht nachgekommen. Sie sei daher so zu stellen, als ob sie den Behandlungen mit optimaler Compliance nachgekommen wäre. Demnach sei von einer mindestens 50 % betragenden Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit auszugehen. Mit dem erforderlichen Belastungsprofil gebe es auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt durchaus Arbeitsstellen. Mit der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 50 % sei die Triggerfunktion des Stresses bereits berücksichtigt worden. Ein Abzug vom Tabellenlohn rechtfertige sich nicht. Ob die Fernausbildung der Beschwerdeführerin eine in der freien Wirtschaft verwertbare Ausbildung sei, sei fraglich. Selbst bei Annahme eines Valideneinkommens als medizinische Sekretärin



St.Galler Gerichte

(gemäss Ziff. 77-82 der TA1 der LSE 2012) von Fr. 59'355.-- ergäbe sich ein Invaliditätsgrad von 57 % und ebenfalls Anspruch auf eine halbe Rente.

D.

Am 21. März 2016 ist dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung) entsprochen worden.

E.

Mit Replik vom 1. April 2016 bringt die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin vor, dass das Gutachten grundsätzlich einen hohen Beweiswert aufweise, sei unbestritten, doch sei es veraltet und habe daher für die Verhältnisse bei Erlass der angefochtenen Verfügung keine Aussagekraft. Die MEDAS habe aber bereits damals die Vermittelbarkeit der Beschwerdeführerin als schwierig bezeichnet. Der RAD selber habe später die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin mehrfach klar verneint. Bis anhin sei die Mitwirkungspflicht stets als erfüllt betrachtet worden. Andernfalls hätte die Beschwerdegegnerin ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren einleiten müssen. Zu prüfen wäre zudem, welche Mitwirkung der Beschwerdeführerin überhaupt möglich sei. Ihr Gesundheitszustand hätte durch eine intensivere Behandlung nicht relevant verbessert werden können. Das könne jedoch zurzeit offen bleiben, weil eine fehlende Schadenminderung nicht geltend gemacht werden könne. Falls die Berichte von Prof. P.____ Fragen offen gelassen hätten, wäre es Sache der Beschwerdegegnerin gewesen, diese beantworten zu lassen. Weshalb die Fernausbildung nicht sollte verwertbar sein, sei nicht dargelegt worden. Die anerkannte Ausbildung mit Diplom sei zu berücksichtigen. Es sei zufolge fehlender Ausführungen dazu anzunehmen, die Beschwerdegegnerin anerkenne ein Invalideneinkommen bei einer Hilfstätigkeit und einen Leidensabzug von mindestens 10 %.

F.

Die Beschwerdegegnerin hat am 27. April 2016 auf die Erstattung einer Duplik verzichtet.

G.



Mit Schreiben vom 20. Februar 2018 ist der Beschwerdeführerin Gelegenheit zur Stellungnahme nach Art. 61 lit. c ATSG und zum Rückzug der Beschwerde geboten worden. - Sie hat am 5. März 2018 an der Beschwerde festgehalten.

Erwägungen

1.

Streitgegenstand bildet die Verfügung vom 29. Januar 2016, mit welcher die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin ab 1. August 2012 eine halbe Rente zugesprochen hat. Die Beschwerdeführerin lässt die Ausrichtung einer ganzen Rente beantragen. - Weitere berufliche Massnahmen hatte die Beschwerdegegnerin am 6. Mai 2015 im Einverständnis mit der Beschwerdeführerin als nicht möglich erachtet.

2.

2.1 Nach Art. 28 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente.

2.2 Für die Invaliditätsbemessung sind zunächst die medizinischen Vorbedingungen von Bedeutung. Der Arzt sagt, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist (vgl. BGE 107 V 17 = ZAK 1982 S. 34). Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beschreiben und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind im Weiteren eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132 V 99 f. E. 4, BGE 141 V 281 E. 5.2.1).

2.3 Die Rechtsanwender überprüfen die ärztlichen bzw. gutachterlichen Angaben nach der Rechtsprechung (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2.2) frei, insbesondere darauf hin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das



heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (vgl. Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand und der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin liegen zahlreiche medizinische Berichte bei den Akten. Namentlich erfolgte im September 2012 eine polydisziplinäre Begutachtung in einer MEDAS. Die Beschwerdeführerin bestätigte, die verschiedenen Untersuchungen wahrgenommen und die Angaben korrekt gemacht zu haben. Es wurde angegeben, die Beschwerdeführerin habe aus gesundheitlichen Gründen zu allen Untersuchungen von ihrem X. begleitet werden müssen (vgl. IV-act. 32). Als Hauptgutachter fungierte der Gutachter der Psychiatrie. Ausserdem wurden Teilgutachten allgemeinmedizinisch-internistischer, neurologischer und orthopädischer Fachrichtung erstellt. Es handelt sich um eine Begutachtung nach Kenntnisnahme von den Vorakten. Die Gutachter der verschiedenen Disziplinen erhoben durchwegs eingehend die Anamnese und erfragten die Angaben der Beschwerdeführerin. - Unter internistischem und orthopädischem Aspekt ergaben sich keine relevanten pathologischen Befunde.

3.2 Nach der Beurteilung des Gutachters der Neurologie liegt eine kryptogenetische Epilepsie mit komplexen und generalisierten Anfällen vor und besteht bezüglich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin eine Überschneidung zum psychiatrischen Fachgebiet. Eine Lösung zur Verbesserung sei unter anderem in einer Veränderung der psychosozialen Struktur des Umfeldes zu suchen. Diesbezüglich scheine die Beschwerdeführerin auch tatsächlich Hilfe zu benötigen. Eine Vermittelbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei auf Bereiche limitiert, die keinerlei psychophysischen Druck auslösten. Es scheine empfehlenswert, der Beschwerdeführerin vorübergehend eine Entlastung in Form einer begrenzten Teilberentung zu gewähren und diese Zeit für unterstützende Integrationsmassnahmen zu nützen.

3.3 Der Gutachter der Psychiatrie hielt fest, es sei zurzeit - bei den Diagnosen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung, einer generalisierten Angststörung und



dissoziativer Krampfanfälle (Letztere hatten bereits die [Universitären Psychiatrischen (Institutionen)] diagnostiziert) - von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % bei einem Arbeitszeitpensum von 8.5 Stunden auszugehen, die eine Stressreduktion bewirke (IV-act. 35-14). Die vorliegenden Störungen, Defizite der Flexibilität und der Durchhaltefähigkeit, teilweise auch der Kontaktfähigkeit und der Selbstbehauptung mit Stressintoleranz würden wahrscheinlich zur Auslösung von psychogenen Anfallsereignissen oder nachvollziehbar auch zur Triggerung von "echten" epileptischen Anfällen führen. Die Störungen führten auch zu Problemen der Anpassung an Regeln und Routinen und zu unzureichender Strukturierung und Flexibilität. Daher sei die Beschwerdeführerin aus rein psychiatrischer Sicht in der sozialen und beruflichen Partizipationsfähigkeit eingeschränkt. Gemäss Mini-ICF-APP-Ratingstudie sei gegenwärtig von einer mittelgradigen Beeinträchtigung auszugehen. Es seien verschiedene einschränkende Bedingungen für die angepasste Tätigkeit zu beachten (genannt bei IV-act. 35-13 f.). Es bestehe zurzeit noch eine deutlich reduzierte Belastbarkeit im Berufsleben. Es gebe - wie mit dem Neurologen abgesprochen - wissenschaftlich fundierte Möglichkeiten, den Zustand der noch sehr jungen Beschwerdeführerin zu verbessern, etwa eine verhaltenstherapeutische Behandlung (der Angstsymptomatik), Entspannungsübungen, medikamentöse-antidepressive Therapie, Optimierung der somatischen-neurologischen (speziell medikamentösen) Behandlung.

3.4 Im Gutachten wurde gemeinsam festgehalten, dass die Beschwerdeführerin darin tatsächlich Hilfe benötige, dass eine Reduktion der Anfallsfrequenz und eine gewisse Stabilität ihres Zustandsbildes sich aus (interdisziplinär) neurologischer und psychiatrischer Sicht betrachtet nicht allein durch medikamentöse Massnahmen, sondern vor allem durch eine sehr gute und konsequente Veränderung in der psychosozialen Struktur ihres Umfeldes und zusätzliche medizinische (auch alternative medikamentöse) und psychotherapeutische Massnahmen erreichen lassen würden (vgl. IV-act. 35-17).

4.

4.1 Bei der Begutachtung, auf welcher die oben erwähnte neurologische Beurteilung basiert, waren unter anderem Hirnnerven-, muskuloskelettaler und Reflex-Status sowie



Sensibilität und Motorik geprüft, Stand- und Gangproben gemacht und der klinisch-neuropsychologische Befund erhoben worden. Der Gutachter der Neurologie ging davon aus, dass seit dem 16. Lebensjahr bei der Beschwerdeführerin eine Epilepsie (er selbst bezeichnet sie in der Diagnose wie erwähnt als kryptogenetisch) bestehe. Diese habe nach Angaben des Epilepsie-Zentrums auch in der Tat objektiviert werden können; es habe eine entsprechende EEG-Pathologie nachgewiesen werden können.

4.2 Als Beurteilung des fachärztlichen Gutachters besitzt diese Feststellung erhebliches Gewicht. Zudem hatte der für das Schweizerische Epilepsie-Zentrum berichtende Arzt damals (im Januar 2010) festgehalten, keinen Zweifel an der Diagnose einer Epilepsie zu haben. Jener Bericht basierte auf einer (lediglich) einmaligen Untersuchung der Beschwerdeführerin, einem EEG (mit mässigen unspezifischen Verlangsamungsherden, Auftreten von spike-Komplexen und sehr häufig diffus bilateral irregulärer spike wave- bzw. polyspike wave-Aktivität und einmaliger Unterbrechung der Tätigkeit während einer zwei Sekunden dauernden bilateralen Entladung) und der Anamnese. Es ist zudem darauf hinzuweisen, dass im Bericht gleichwohl ein Anhaltspunkt für Zweifel beschrieben worden ist. Nicht zuletzt weil sich unter Lamotrigin die Beschwerden eher verschlechtert als verbessert hätten, bestehe eine Skepsis gegenüber der Epilepsie-Diagnose. Es ergibt sich aus dem Bericht auch, dass noch eine definitive Sicherung der Diagnose der Epilepsie (und eine Syndromdiagnose) für erforderlich gehalten und (während einer Hospitalisation für maximal zwei Wochen) eine längerdauernde Abklärung (EEG-Langzeit-Ableitungen und neuropsychologische Untersuchungen) vorgeschlagen wurde (IV-act. 3). Solche ergänzenden Abklärungen haben bis anhin nach der Aktenlage nicht stattgefunden. Im Rahmen des neurologischen Gutachtens waren sie nicht möglich; eigene apparative Abklärungen hat der Gutachter der Neurologie nicht veranlasst. Er gab bekannt, auf tatsächlich echte iktale Ereignisse würden die Beobachtung von Zungenbissen und die Verletzungen in den Anfällen sowie die protrahierte Reorientierungsphase hindeuten (vgl. IV-act. 35-15). Diesbezüglich fragt sich, ob diese Anhaltspunkte ausreichend objektiviert worden sind. - Die (jüngeren) EEG des Universitätsspitals O. ___ haben nach der Aktenlage teilweise pathologische Befunde gezeigt (am 11. September 2013 und am 31. Juli 2014 - im Unterschied zu jenem vom 22. Juli 2014 - etwa intermittierende Herdbefunde und Zeichen einer Übererregbarkeit), jedoch wird gegebenenfalls lediglich von epilepsieverdächtigem Ablauf bzw. -verdächtigen Potenzialen berichtet (IV-act.



60-4, 72-2). Ein cerebrales MRT vom 18. September 2013 fiel normal aus, ein Korrelat des epileptogenen Fokus frontal rechts fand sich nicht (IV-act. 60-3). Dazu kommt, dass die Diagnose einer Epilepsie nach der Aktenlage (IV-act. 2-1) einmal ausgeschlossen worden ist. Berichte des betreffenden Neurologen Dr. B.____ sind in den Akten allerdings nicht zu finden.

4.3 Es zeigt sich ausserdem, dass aus Sicht des Gutachters der Neurologie jedenfalls die Annahme zu treffen war, dass zusätzlich auch psychogene Anfälle aufträten. In diesem Zusammenhang wurde auf den Umstand hingewiesen, dass während der Anfälle die Augen teilweise auch geschlossen gewesen seien (IV-act. 35-27).

4.4 Die Beschwerdeführerin selbst ist der Auffassung, dass ihre Epilepsie allein durch die psychische Situation hervorgerufen werde (davon sei sie auch durch sachliche Einwände nicht abzubringen; IV-act. 35-22). Sie beschrieb im Übrigen bei der Begutachtung auch ein Sturzereignis mit nicht-epileptischer Ursache (vgl. IV-act. 35-21).

4.5 Es drängt sich vorliegend demnach auf, eine ergänzende Abklärung mit dem Ziel der medizinisch (vom Schweizerischen Epilepsie-Zentrum) vorgeschlagenen, aber bis anhin ausgebliebenen Sicherung (oder Verwerfung) der somatischen Diagnose einer epileptischen Erkrankung zu veranlassen. Eine ergänzende diagnostische Abklärung erübrigt sich vorliegend nicht etwa infolge des finalen Charakters der Invalidenversicherung (vgl. dazu unten E. 7.1).

5.

5.1 Der Gutachter der Psychiatrie hatte ebenfalls die Befunde erhoben. Es hätten eine leicht gehobene Stimmung und ein lebhafter Antrieb mit Rededrang bestanden. Die Primärpersönlichkeit habe den Eindruck von Ängstlichkeit und Unsicherheit vermittelt. Es sei von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung und einer relevanten Angststörung auszugehen. Dabei hätten sich auch abhängige, asthenische, depressive, emotional instabile sowie unreife und vermeidende Anteile gefunden. In Bezug auf ICF hätten sich keine erkennbaren, in der Untersuchung reproduzierbaren Einbussen der kognitiven Fähigkeiten ergeben, doch bestehe eine eingeschränkte Durchhaltefähigkeit



mit Neigung zu aggressiven Ausbrüchen in Stresssituationen und Tendenzen zu Selbstschädigung durch exzessiven Alkoholkonsum (die Beschwerdeführerin hatte angegeben, der Alkoholkonsum habe zweieinhalb Jahre vor der Begutachtung massiv zugenommen, vgl. IV-act. 35-10; für die Zeit der Begutachtung war das Ausmass nicht mehr quantifiziert, vgl. IV-act. 35-8, bzw. ein Konsum verneint worden, vgl. IV-act. 35-26). Es bestünden Funktionsbeeinträchtigungen des Temperaments und Störungen der umweltbezogenen und der personenbezogenen Kontextfaktoren (teilweise Non-Compliance bei Medikation; zwar abgeschlossene Berufsausbildung, aber unzureichende Berufserfahrung), teilweise übertriebene, fast hypochondrisch anmutende, teils zu geringe Krankheitseinsicht mit Unbekümmertheit (speziell bezüglich des somatischen Leidens).

5.2 Nach der jüngsten bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 143 V 418 E. 7.1 f.) sind grundsätzlich (bei Ausnahmen nach dem jeweiligen Beweisbedarf) sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen, denn bei sämtlichen psychischen Störungen bestehen trotz variierender Prägnanz der erhebaren Befunde im Wesentlichen vergleichbare Beweisprobleme. Für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sind nach dem genannten BGE 141 V 281 in der Regel diverse Standardindikatoren beachtlich, die in zwei Kategorien systematisiert werden, nämlich einerseits in der Kategorie des funktionellen Schweregrads und andererseits in jener der Konsistenz. Zum funktionellen Schweregrad sind die Komplexe "Gesundheitsschädigung" (mit den Aspekten der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, des Behandlungs- und Eingliederungserfolgs oder der entsprechenden Resistenz und der Komorbiditäten), "Persönlichkeit" (mit Persönlichkeitsdiagnostik und persönlichen Ressourcen) und "Sozialer Kontext" zu berücksichtigen. In der Kategorie der Konsistenz geht es um Gesichtspunkte des Verhaltens, namentlich um eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und um behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1.3). Soweit die festgestellte Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht oder unter dem Einfluss der Folgen der Erzielung eines sekundären Krankheitsgewinns steht (der rechtlich grundsätzlich unbeachtlich zu bleiben hat, vgl. BGE 130 V 352), liegt nach der Rechtsprechung regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Hinweise darauf ergeben sich (im



Zusammenhang mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung entwickelt) namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 141 V 281 E. 2.2).

5.3

5.3.1 Dem bereits vor BGE 141 V 281 erstatteten Gutachten der MEDAS vom Januar 2013 lässt sich zu den Indikatoren unter anderem entnehmen, dass die Beschreibung ihrer derzeitigen Hilflosigkeit und ihres Unvermögens, mit psychischen Belastungen umzugehen, welche die Beschwerdeführerin dem Neurologen gegenüber abgegeben habe, ausgesprochen authentisch gewirkt habe und in emotional appellativer, hilfesuschender Weise erfolgt sei. Die Angaben der Beschwerdeführerin würden dem Gutachter prima vista glaubwürdig erscheinen. Auch die Darstellung ihres guten Willens, die auch von der Beschwerdeführerin selber erkannten hohen Ressourcen und Fähigkeiten in irgendeiner Art wieder ins Leben einbringen zu wollen, wirke authentisch (IV-act. 35-27). Der Gutachter der Psychiatrie gab unter anderem an, die Realitätsorientierung der Beschwerdeführerin sei, basierend auf ihren Erfahrungen und Erwartungen, in Bezug auf die mögliche Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit reduziert. Durch Bedürfnisse und Erfahrungen bestimmte Emotionen würden bei ihr zu subjektiv bedürfnisbefriedigendem Denken und zu Handlungen führen, die bezüglich einer solchen Wiederaufnahme eine eher abwehrende Haltung bewirkten (VI-act. 35-12).

5.3.2 In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass Erwerbsunfähigkeit gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich durch Folgen gesundheitlicher Beeinträchtigung begründet sein kann und nur so weit vorliegt, als sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.



5.3.3 Was die Gegenüberstellung mit den Aktivitäten der Beschwerdeführerin in vergleichbaren Lebensbereichen betrifft, sind namhafte Anhaltspunkte für Einschränkungen allein bei der psychiatrischen Begutachtung erwähnt worden. Die Beschwerdeführerin beschrieb dort, sie fühle sich tagsüber müde und lege öfters Pausen ein. Wenn sie müde sei, lege sie sich hin, sonst bekomme sie einen Anfall. Nachmittags mache sie je nach Verfassung einen Spaziergang oder Einkäufe oder lese Bücher (vgl. IV-act. 35-11). Andernorts hat die Beschwerdeführerin bei der Begutachtung zu ihrem Alltag angegeben, sie fahre Fahrrad und jogge täglich und verbessere autodidaktisch ihre Fremdsprachenkenntnisse; sie gehe einkaufen und bereite für sich und ihren X.__ die Mahlzeiten vor, den gemeinsamen Haushalt bewältige sie allein, ohne die Hilfe des X.__; sie meide derzeit gesellschaftliche Aktivitäten, habe aber mit ihrem Freund Ferien im Ausland gemacht (vgl. IV-act. 35-22; vgl. zu Haushalt und Freizeit auch die Angaben bei IV-act. 35-11, 35-29 und 35-28).

5.3.4 In Bezug auf die Frage, inwiefern behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ein Leidensdruck erkennbar geworden ist, fällt auf, dass die Compliance der Beschwerdeführerin zeitweise fehlte oder mangelhaft war, sie nämlich Untersuchungen abgelehnt und medikamentöse Behandlungen abgelehnt oder abgesetzt hat (vgl. IV-act. 2-1, 2-3, 3-1, 12-2, IV-60-4, 73-2 und 94-4; erstmals verwertbarer Lamotrigin-Serumspiegel IV-act. 16-1). Sie gab bei der neurologischen Begutachtung an, sie habe wegen ihres ausgesprochen schlechten Selbstwertgefühls nicht gewagt, bei den Ärzten zu fragen, ob die Medikamente wirken oder sogar zur Verschlechterung führen würden (vgl. IV-act. 35-24). Bei der Begutachtung wurden - soweit ersichtlich - keine Serumspiegelmessungen veranlasst. Bei der neurologischen Begutachtung gab die Beschwerdeführerin des Weiteren an, sie stehe seit ihrem zwölften Lebensjahr bei Psychiatern in Behandlung, seit dem sechzehnten auch bei den Neurologen (vgl. IV-act. 35-26), bei der psychiatrischen Begutachtung erklärte sie, seit dem zwölften Lebensjahr (bzw. mit zwölf Jahren bereits) bei einem Psychiater in Behandlung gestanden zu haben und mit dreizehn Jahren sogar in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert gewesen zu sein, wobei sie aber nicht mehr genau wisse, wo das gewesen sei (vgl. IV-act. 35-10). Nach Angaben des ab März 2006 behandelnden Neurologen Dr. C.__ war, jedenfalls was die Behandlung durch ihn selbst betrifft, ein Unterbruch von mehr als drei Jahren zu verzeichnen gewesen (von November 2007 bis März 2011). Vorakten zu psychiatrischen Behandlungen vor Oktober 2010 liegen bis



anhin nicht vor. Welche Intensität die Behandlung bei Prof. P.____ hatte, ist, wie die Beschwerdegegnerin zu Recht festhält, ebenfalls (noch) nicht ersichtlich. Dem Gutachter der Psychiatrie gegenüber gab die Beschwerdeführerin an, sie habe alles unternommen, die gesundheitlichen Störungen zu überwinden, sei jedoch immer wieder - auch von den Ärzten - enttäuscht worden, deswegen habe sie diese gewechselt. Erst in letzter Zeit gelinge es ihr, durch Ruhe die Anfälle einzudämmen. Andere Hilfen seien nicht möglich bzw. hätten bislang nicht gefruchtet (vgl. IV-act. 35-1). Zur erwerblichen Seite gab die Beschwerdeführerin bei der Begutachtung im Übrigen an, nach der zweijährigen Ausbildung habe sie sich erfolglos um Stellen beworben. Zwischendurch seien erneut mehrere Anfälle erfolgt. Es sei besser für sie, keiner Beschäftigung nachzugehen (vgl. IV-act. 35-9). - Erst nach ergänzenden Abklärungen zu den vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen wird das Verhalten der Beschwerdeführerin in Bezug auf die (somatischen und/oder psychiatrischen) Behandlungen abschliessend gewürdigt werden können. Zu berücksichtigen sein werden aber auch diesbezüglich wie erwähnt nur gesundheitsbedingte Hindernisse, die auch bei zumutbarer Anstrengung nicht überwunden werden können.

5.4 Auch unter psychiatrischem Aspekt besteht nach dem Dargelegten im Hinblick auf das Erreichen einer höheren Objektivierung Bedarf an einer weiteren Abklärung.

6.

6.1 Zwar ist, was den diagnostischen Teil der ungeklärten Fragen betrifft, einzuräumen, dass für die Invalidenversicherung als finale Versicherung nicht die Diagnose als solche entscheidend ist, sondern es auf die Auswirkungen der gesundheitlichen Schädigungen auf die Leistungsfähigkeit ankommt. Dennoch kann die Genese einer Schädigung für die ärztliche Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit und die Beurteilung des Anspruchs auf eine Rente durchaus bedeutsam sein (beispielsweise die Verursachung durch Unfall oder degeneratives Geschehen für die Nachvollziehbarkeit von geklagten Beschwerden, vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 3. November 2003, I 5/03 E. 3.2). Vorliegend ist zu berücksichtigen, dass die Ursache der attestierten Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit insofern relevant ist, als einerseits hinsichtlich der psychiatrischen



Leiden nach der Rechtsprechung wie erwähnt Augenmerk auf verschiedene Standardindikatoren zu legen ist, und als die Ursachen (somatisch oder psychiatrisch) andererseits (nebst der Behandlung) für Anforderungen an eine allfällige Mitwirkung der Beschwerdeführerin von Bedeutung sein können.

6.2 Zusammenfassend ist eine ergänzende medizinische Abklärung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, namentlich im Sinn einer ergänzenden Sicherung der Diagnosestellungen (die nach der Aktenlage einen längeren Beobachtungszeitraum erfordern) und, was psychiatrische Leiden betrifft, gegebenenfalls einer Auseinandersetzung mit den Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281, zu veranlassen. Dabei wird, auch wenn sich in der gegebenen Aktenlage aus den gut drei Jahren seit der Begutachtung im September 2012 bis zum vorliegend massgeblichen Beurteilungszeitpunkt der angefochtenen Verfügung (2016) keine Anhaltspunkte für eine relevante Veränderung gezeigt haben, (neu) zu klären sein, ob allenfalls eine solche eingetreten ist. Angesichts des jungen Alters der Beschwerdeführerin wird auch entsprechend den Ergebnissen präziser geklärt werden müssen, ob allenfalls (und gegebenenfalls welche) medizinische Behandlungen zu einer späteren Verbesserung der Arbeitsfähigkeit (und einer Senkung eines allfälligen Invaliditätsgrads) beitragen könnten und inwiefern der Beschwerdeführerin eine gute Mitwirkung dabei medizinisch möglich und zumutbar ist (oder ob eine allfällige Non-Compliance auf gesundheitliches Unvermögen zurückzuführen ist). Werden die Verhältnisse bezüglich Gesundheitsschadens und allfälliger zumutbarer medizinischer Eingliederung geklärt sein, so wird sich danach allenfalls weiter die Frage nach einer zumutbaren beruflichen Eingliederung stellen. Es rechtfertigt sich bei den dargelegten vorliegenden Gegebenheiten eine Rückweisung der Sache zur Abklärung an die Beschwerdegegnerin.

7.

7.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde insofern gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 29. Januar 2016 aufzuheben und die Sache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.



7.2 Eine Rückweisung stellt praxisgemäss aus prozessualer Sicht ein vollständiges Obsiegen dar (vgl. BGE 137 V 57), weshalb es sich rechtfertigt (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP/SG, sGS 951.1), der Beschwerdegegnerin die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert (vgl. Art. 69 Abs. 1bis IVG) auf Fr. 600.-- festzusetzenden Gerichtskosten aufzuerlegen. Die am 21. März 2016 bewilligte unentgeltliche Rechtspflege braucht nicht in Anspruch genommen zu werden.

7.3 Die Beschwerdeführerin hat zulasten der Beschwerdegegnerin Anspruch auf eine nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessende Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG). Diese ist auf Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen.

Entscheid

1.

Die Beschwerde wird insofern gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 29. Januar 2016 aufgehoben und die Sache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen.

3.

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