



Fall-Nr.: IV 2014/304
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 17.04.2020
Entscheiddatum: 26.04.2017

Entscheid Versicherungsgericht, 26.04.2017

Art. 43 Abs. 1 ATSG. Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes. Auf den somatischen Teil des Administrativgutachtens kann abgestellt werden. Da weder das psychiatrische Teilgutachten noch der Untersuchungsbericht der RAD-Psychiaterin überzeugen, ist die Sache zur erneuten psychiatrischen Begutachtung an die IV-Stelle zurückzuweisen. Teilweise Gutheissung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. April 2017, IV 2014/304).

Entscheid Versicherungsgericht, 26.04.2017

Entscheid vom 26. April 2017

Besetzung

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichter Ralph Jöhl,
Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frej; Gerichtsschreiberin Lea Hilzinger

Geschäftsnr.

IV 2014/304

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Advokat lic. iur. Martin Boltshauser,



St.Galler Gerichte

c/o Procap Schweiz, Frohburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ stellte im Juni 2006 ein Gesuch um einen Rückenschutzgurt (Hilfsmittel, IV-act. 1). Sie gab an, dass sie am 13. November 2005 im Treppenhaus gestürzt und seither (teilweise) arbeitsunfähig sei. Sie sei seit 1982 als Betriebsassistentin/Büglerin tätig. Eine IV-Sachbearbeiterin notierte am 21. Juli 2006, dass die Prüfung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen und eines Rentenanspruchs eingeleitet werde, da die Versicherte die Arbeit nicht mehr habe aufnehmen können (IV-act. 15).

A.b Die B.____ AG berichtete am 28. Juli 2006 (IV-act. 17), dass sie die Versicherte vom 1. Dezember 2004 bis 30. Juli 2006 als Büglerin/Betriebsassistentin beschäftigt habe. Die Kündigung sei wegen des Unfalls vom 13. November 2005 erfolgt. Die Versicherte habe in einem vollen Pensum gearbeitet und einen Monatslohn von Fr. 4'670.45 erzielt (zzgl. 13. Monatslohn, siehe auch IK-Auszug, IV-act. 16, wonach die Arbeitgeberin seit 1983 Löhne abrechne). Es habe sich um eine vorwiegend stehend, teilweise gebeugt rotierend auszuübende Tätigkeit gehandelt, bei der die Versicherte nie oder selten Gewichte habe bewegen müssen.

A.c Vom 19. April bis 31. Mai 2006 war die Versicherte in der Rehaklinik Bellikon stationär behandelt worden. Die Klinikärzte hielten im Austrittsbericht vom 9. Juni 2006 fest (IV-act. 18-8 ff.), dass die Resultate der physischen Leistungstests für die



St.Galler Gerichte

Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit infolge Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenzen nicht verwertbar gewesen seien. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich aus somatischer Sicht wegen den wenig relevanten objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und der bildgebenden Abklärung nur ungenügend erklären. Darüber hinaus liege keine psychiatrische Störung mit Krankheitswert vor. Die Versicherte sei in der angestammten Tätigkeit sowie in jeder anderen leichten bis mittelschweren Tätigkeit voll arbeitsfähig. Im April 2007 wurde die Versicherte interdisziplinär (allgemein-internistisch, rheumatologisch, psychiatrisch) durch die ABI Aertzliches Begutachtungsinstitut GmbH (ABI) begutachtet (Gutachten vom 18. Juni 2007, IV-act. 32). Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gaben die Gutachter ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links und ein chronisches zervikobrachiales Schmerzsyndrom rechtsbetont an. Eine psychische, arbeitseinschränkende Funktionsstörung hat die psychiatrische Gutachterin nicht feststellen können. Die ABI-Gutachter erachteten die Versicherte aufgrund der somatischen Einschränkungen für den angestammten Beruf als Büglerin noch zu 50 % arbeitsfähig. Für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten sei die Versicherte voll arbeitsfähig.

A.d Mit Verfügung vom 31. Januar 2008 wies die IV-Stelle das Rentengesuch bei einem IV-Grad von 30 % ab (IV-act. 54). Die gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht am 29. September 2009 ab (IV 2008/128, IV-act. 82). Dieser Entscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

B.

B.a Am 24./26. Januar 2011 meldete sich die Versicherte erneut zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 84). Sie machte Rückenprobleme, Kopfschmerzen, Beinschmerzen, Magen-Darm-Probleme und psychische Probleme geltend. Sie sei seit November 2005 arbeitsunfähig. Dr. med. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hatte in einem beiliegenden Bericht vom 28. Oktober 2010 angegeben, dass die Versicherte an einer mittel- bis schwergradigen depressiven Episode mit somatischen Syndrom (F32.11), an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.4) und an Merkmalen einer anankastischen Persönlichkeitsstörung (F60.5) leide (IV-act. 85). Die Versicherte sei seit dem 4. Oktober



St.Galler Gerichte

2007 aus rein psychiatrischer Sicht zu 70 % arbeitsunfähig. Der Hausarzt der Versicherten, Dr. med. D.____, hatte in einem Bericht vom 19. Oktober 2010 darüber informiert, dass sich die Versicherte am 2. August 2010 einer Spondylodese L5/S1 unterzogen habe (IV-act. 89-3 f.). Die Versicherte sei seit Beginn der Behandlung bei ihm, d.h. seit dem 9. Oktober 2006, voll arbeitsunfähig. Die Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) hatte gleichentags berichtet, dass die Versicherte bei der Nachkontrolle weiterhin über Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Beine und über gelegentliche Kopfschmerzen geklagt habe (IV-act. 95-10 f.). Am 29. Oktober 2010 war eine ISG-Infiltration beidseits erfolgt (IV-act. 95-12 f.). Bei einer Verlaufskontrolle vom 18. Januar 2011 hatte die Versicherte über massive Schmerzen im Bereich der oberen und unteren LWS, der HWS und der BWS geklagt. Zudem hatte sie starke Kopfschmerzen und starke Gliederschmerzen angegeben. Die Klinikärzte hatten vermerkt, dass die Versicherte auffällig depressive verstimmt gewesen sei (Bericht der Orthopädischen Chirurgie des KSSG vom 19. Januar 2011, IV-act. 95-12 f.).

B.b Dr. C.____ teilte am 28. April 2011 mit (IV-act. 100), dass die Versicherte wegen einer starken depressiven Stimmungs- und Antriebslage aktuell nicht imstande sei, irgendeiner Tätigkeit nachzugehen. Dr. D.____ berichtete am 20. Juni 2011 (IV-act. 101), dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten verschlechtert habe. Die Versicherte habe sich am 11. April 2011 einer Operation im Bereich der BWS (Fenster-tion BWK6/7 links) unterzogen. Einem beigelegten Bericht der Neurochirurgie des KSSG vom 1. Juni 2011 (IV-act. 101-9 f.) war zu entnehmen, dass die Versicherte nach der Operation eine allgemeine Beschwerdeverschlechterung beschrieben hatte. Sie habe Schmerzen im Bereich der gesamten Wirbelsäule, intermittierende Kraftverluste im rechten Arm, Kopfschmerzen und Übelkeit angegeben. Am 28. September 2011 informierte Dr. D.____ erneut über eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes (IV-act. 108). Die Operation im Bereich der BWS habe zu mehr Schmerzen geführt. Die Versicherte leide nun an einem Panvertebralsyndrom mit Ausbreitung der Schmerzen in den ganzen Körper. Zwar sei die Wunde verheilt, die Stabilität der Wirbelsäule habe aber abgenommen, was zur Intensivierung der Schmerzen geführt habe. Dr. C.____ berichtete am 8. Dezember 2011 über einen stationären Gesundheitszustand (IV-act. 113). Die Versicherte habe sich am 31. Oktober 2011 mit der Begründung, dass sie eine andere Therapie auszuprobieren



St.Galler Gerichte

wünsche, von ihrer Behandlung abgemeldet. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe weiterhin für alle Tätigkeiten eine volle Arbeitsunfähigkeit. Der neue behandelnde Psychiater, Dr. med. E.____, erklärte am 19. Januar 2012, dass er bei der Behandlungsübernahme mit dem Hausarzt der Versicherten vereinbart habe, der IV-Stelle vorerst keine Stellungnahme abzugeben (IV-act. 115).

B.c Im Januar 2013 wurde die Versicherte durch das Zentrum für Interdisziplinäre Medizinische Begutachtungen AG (ZIMB) interdisziplinär (allgemein-internistisch, neurologisch, psychiatrisch, rheumatologisch) begutachtet (Gutachten vom 18. März 2013, IV-act. 134). Die Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lauteten:

- Chronifiziertes panvertebrales Schmerzsyndrom mit/bei
 - degenerativen Veränderungen der HWS, BWS und LWS
 - Status nach Spondylodese L5/S1 bei isthmischer Spondylolyse und Listhesis mit Anteroglissement L5/S1 Grad I nach Meyerding am 2.8.2010
 - Status nach Exploration BWK6/7 links am 11.4.2011
 - sekundärer Symptomausweitung im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.4)
- mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11).

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter eine chronifizierte Kopfschmerzsymptomatik multifaktorieller Ätiologie mit/bei langjährigem Analgetika-Abusus, eine chronische Dyspepsie mit/bei Status nach Magenulkus-Operation 1982, ein Reizdarmsyndrom mit Obstipation, eine essentielle arterielle Hypertonie, eine Hypercholesterinämie und einen Uterus myomatosus mit Stressinkontinenzsymptomatik. Der rheumatologische Gutachter Dr. med. F.____ führte aus, dass eine deutliche Diskrepanz zwischen subjektiv erlebter Schmerzintensität und Belastungstoleranz und der ausgeprägten demonstrierten Bewegungseinschränkung der LWS einerseits und den radiologisch zu erhebenden früheren und aktuellen Befunden andererseits bestehe. Aufgrund der Wirbelsäulen-Fehlform bzw. -Fehlhaltung



und bei Status nach Spondylodese L5/S1 seien belastungsabhängige lumbale bis lumbospondylogene wie auch thorakale Schmerzen erklärbar; das von der Versicherten geschilderte Ausmass der Beschwerden, die ausgesprochene Druckschmerzhaftigkeit entlang der gesamten Wirbelsäule und auch die fast vollständige Bewegungseinschränkung der LWS liessen sich mit den strukturellen radiologischen Befunden jedoch nicht erklären. Neben den zweifellos vorhandenen strukturellen Befunden müsse deshalb eine wesentliche nicht-organische Schmerzkomponente postuliert werden, wie dies bereits anlässlich der früheren Untersuchungen festgehalten worden sei. Von Seiten der subjektiven Beschwerden und der klinischen Befunde sei der Befund weitgehend unverändert im Vergleich zu Vorbegutachtung durch das ABI im Jahr 2007. Entsprechend sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin in einer chemischen Reinigung, welche häufig stehend am Bügelbrett habe verrichtet werden müssen, weiterhin als zu 50 % eingeschränkt zu beurteilen. Körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Sitzen länger als eine Stunde bzw. Stehen an Ort länger als 30 Minuten am Stück, ohne repetitives Heben von Lasten über 5 kg bzw. von Einzellasten über 15 kg und ohne häufiges Treppensteigen seien der Versicherten unverändert ohne Einschränkung zumutbar. Der neurologische Gutachter Dr. med. G.____ erklärte, dass er in der Untersuchung kein den Beschwerden zugrundeliegendes fokal-neurologisches Defizit gefunden habe. Auffällig seien ein selbstlimitierendes, dysfunktionales Krankheitsverhalten mit deutlicher Diskrepanz zwischen der Bewegung auf Aufforderung und der Spontanmotorik und inkonsistente und unplausible Defizite mit deutlich überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht organischer Ursache gewesen. Damit stimmten auch die unauffälligen kraniellen Bildgebungen und die nicht richtungsweisenden spinalen Kernspintomographien überein. Insbesondere habe sich kein Hinweis für eine radikuläre Ausfallssymptomatik im Bereich des linken Beines gefunden. Aus neurologischer Sicht bestehe keine Minderung der Arbeitsfähigkeit. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. H.____ gab an, dass die Versicherte in ihrer Schmerzschilderung glaubhaft gewirkt habe und ein Leidensdruck spürbar gewesen sei. Es hätten sich keine Aggravations- oder Verdeutlichungstendenzen gezeigt. Bei einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung liege häufig ein bewusster oder unbewusster Konflikt vor, der für das Auftreten und die Aufrechterhaltung der Schmerzstörung verantwortlich sei. Bei der Versicherten liege ein solcher Konflikt vor:



St.Galler Gerichte

Sie habe unter Tränen vom stationären Aufenthalt in Bellikon im Jahr 2006 und den dort gemachten Aussagen, dass sie nichts habe und arbeiten könne, berichtet. Diese Äusserungen seien für die Versicherte sehr kränkend gewesen, sie habe sich als Simulantin dargestellt gefühlt und letztlich sei ihr vom Arbeitgeber gekündigt worden. Diese Kränkung sei insbesondere deshalb schwerwiegend gewesen, weil die Versicherte ihre bis dahin erlittenen Schicksalsschläge alle sehr gut gemeistert und immer funktioniert habe. Es liege eine psychiatrische Komorbidität vor: Die Versicherte leide seit Jahren unter einer depressiven Erkrankung, die zurzeit mittelgradig ausgeprägt sei. Auch ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung sei zu bejahen. Ausserdem bestehe ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens. Ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn, Flucht in die Krankheit) liege insbesondere nicht vor, weil nicht alle therapeutischen Massnahmen ausgeschöpft worden seien. Die Versicherte habe über seit dem Jahr 2006 bestehende depressive Symptome mit Deprimiertheit, schneller Erschöpfung und Kraftlosigkeit sowie über kognitive und mnestiche Defizite berichtet. Die kognitiven und mnestiche Defizite seien allerdings nicht so stark ausgeprägt, dass sie im Untersuchungsgespräch aufgefallen wären. Des Weiteren bestünden ein leichter Interessenverlust sowie eine Freudlosigkeit. Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung gebe es aufgrund des Untersuchungsgesprächs nicht. Seit Anfang 2008 bestehe aus psychiatrischer Sicht eine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit. Neben der Schmerzsymptomatik sei die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf die depressive Symptomatik zurückzuführen. Die Versicherte benötige Pausen, müsse aufgrund der Schmerzen die Position verändern, sei langsamer, könne sich schlechter konzentrieren und verfüge über eine eingeschränkte Aufnahmefähigkeit. Auch die gedankliche Flexibilität sei vermindert. Die antidepressive Medikation sollte deutlich erhöht werden. Zudem sei der Aufbau einer geregelten Tagesstruktur zu empfehlen. Würden diese Massnahmen umgesetzt, sei es durchaus möglich, dass sich die Arbeitsfähigkeit in den nächsten ein bis zwei Jahren verbessern werde, weshalb eine Wiederbegutachtung in zwei Jahren empfohlen werde. In polydisziplinärer Hinsicht schätzten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit wie auch in einer



dem körperlichen Leiden optimal angepassten Verweistätigkeit seit Anfang 2008 auf 50 %.

B.d RAD-Arzt Dr. med. I.____ notierte am 11. April 2013 (IV-act. 137), dass die somatische Beurteilung des ZIMB die Qualitätskriterien erfülle. Auf das psychiatrische Gutachten könne hingegen aus den von RAD-Ärztin Dr. med. J.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, angeführten Gründen nicht abgestellt werden. Dr. J.____ hatte in ihrer Stellungnahme vom 17. April 2013 erklärt, dass das psychiatrische Teilgutachten nicht ohne weiteres plausibel sei. Die Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer depressiven Episode von mittelgradiger Ausprägung seien nicht nachvollziehbar. Zudem sei die bisherige Aktenlage nicht angemessen gewürdigt worden. Dr. J.____ empfahl eine ergänzende psychiatrische Untersuchung durch den RAD. Zudem sollte nochmals versucht werden, eine Einschätzung von Dr. E.____ zu erhalten.

B.e Die psychiatrische Abklärung durch RAD-Ärztin Dr. J.____ fand am 21. August 2013 statt (IV-act. 144). Als psychiatrische Diagnosen gab sie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine anankastische Persönlichkeitsstörung und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert, bei einem Status nach leichten bis mittelgradigen depressiven Episoden, an. Dr. J.____ hielt fest, dass die Versicherte aktuell durch das Erleben der Schmerzen und anderer körperlichen Beeinträchtigungen und vor dem Hintergrund der anankastischen Persönlichkeitsstörung und der rezidivierenden depressiven Störung deutlich in ihren Ressourcen eingeschränkt sei. Die Durchhaltefähigkeit und Flexibilität seien schwer beeinträchtigt und es bestünden Einschränkungen in der Wahrnehmung von ausserberuflichen Aktivitäten und der Wegefähigkeit. Die Versicherte sei in ihrem Denken und Erleben auf die körperlichen Störungen fixiert. Das Leiden sei glaubhaft spürbar; eine Aggravation oder Simulation liege nicht vor. Chronische, therapieresistente körperliche Begleiterkrankungen seien vorhanden. Die Erkrankung habe schmerzbedingt zwar zu einem sozialen Rückzug, jedoch nicht in allen Lebensbelangen, geführt. Die Versicherte halte einen ausgefüllten Tagesablauf aufrecht und pflege soziale Kontakte. Ein primärer Krankheitsgewinn als Folge einer nicht ausreichenden emotionalen Konfliktbewältigung sei im Rahmen der Persönlichkeitsstörung und der lebensgeschichtlichen Schwierigkeiten ausgewiesen (behinderter Sohn, gescheitertes Lebensmodell mit Scheidung, Schwierigkeiten bei der



St.Galler Gerichte

kulturellen Eingewöhnung). Die Versicherte stehe in langjähriger psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Sie nehme die Therapie bei Dr. E.____ engagiert wahr. Die Schmerzstörung habe sich seit der ABI-Begutachtung weiter verstärkt und verfestigt. Die psychischen Ressourcen hätten zunehmend abgenommen. Die Versicherte sei aus psychischen Gründen aktuell zu 40 % in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Sie benötige vermehrte Pausen und Erholungszeiten und infolge der Verlangsamung einen vermehrten Zeitaufwand. Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit weiche nicht wesentlich von der Einschätzung von Dr. H.____ ab. Der Gesundheitszustand habe sich seit der Begutachtung im ZIMB etwas verbessert (damals noch leichte depressive Symptomatik). Von Sommer 2011 bis Januar 2013 sei, analog der Beurteilung von Dr. C.____ bei einer ausgewiesenen mittelgradigen depressiven Episode, von einer wesentlichen Zustandsverschlechterung und von einer 70 %igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auszugehen. Nach dem Wechsel des Behandlers sei ab Ende 2011 wieder eine kontinuierliche Besserung des Gesundheitszustands anzunehmen. Leider lägen hierzu keine fachpsychiatrischen Informationen vor, so dass keine retrospektive Angabe über den prozentualen Verlauf der Arbeitsfähigkeit möglich sei. Ab spätestens Januar 2013 (ZIMB-Begutachtung) bis zur RAD-Untersuchung am 21. August 2013 sei von einer 50 %igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. Seit dem 21. August 2013 bestehe noch eine 40 %ige Arbeitsunfähigkeit. Eine wesentliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr erreicht werden.

B.f Mit Vorbescheid vom 15. Januar 2014 (IV-act. 159) kündigte die IV-Stelle der Versicherten bei einem IV-Grad von 26 % die Abweisung des Rentengesuchs an. Zur Begründung führte sie an, dass das ABI im Jahr 2007 zum Schluss gekommen sei, dass keine krankheitsbedingte psychische Störung nachweisbar sei, obwohl der behandelnde Psychiater bereits damals eine 70 %ige Arbeitsunfähigkeit wegen einer mittelgradigen depressiven Störung auf dem Boden einer anankastischen Persönlichkeit bescheinigt habe. Heute werde wiederum von einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom ausgegangen. Auch die anankastische Persönlichkeitsstörung sei bereits dazumal bekannt gewesen. Folgerichtig sei derselbe medizinische Sachverhalt heute lediglich different beurteilt worden. Das Rentenbegehren sei daher abzuweisen. Im Übrigen handle es sich bei der



mittelgradigen Depression lediglich um eine reaktive Begleiterscheinung zu einem syndromalen Leiden, die nicht invalidisierend sei. Auch wenn die Depression nicht aus einer Schmerzstörung ableitbar wäre, wäre diese nicht invalidisierend, da keine von psychosozialen Faktoren losgelöste, ausgeprägte psychische Störung vorliege. Dagegen liess die Versicherte am 20. März 2014 einwenden (IV-act. 168), dass nicht mehr dieselbe medizinische Situation vorliege wie im Zeitpunkt der ABI-Begutachtung. Es sei auf die Beurteilung der RAD-Ärztin abzustellen.

B.g Mit Verfügung vom 8. Mai 2014 wies die IV-Stelle das Rentengesuch bei einem IV-Grad von 26 % aus den im Vorbescheid angegebenen Gründen ab (IV-act. 170). Zum Einwand erwiderte sie, dass es eine Rechtsfrage sei, ob ein ärztlicherseits diagnostiziertes Leiden den Rechtsbegriff der invalidisierenden Krankheit erfülle. Mittelschwere psychische Störungen depressiver Natur seien als im Prinzip therapeutisch angebar zu betrachten.

C.

C.a Gegen diese Verfügung liess die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 6. Juni 2014 Beschwerde erheben (act. G 1). Ihr Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der Verfügung und die Zusprache einer Invalidenrente mit Wirkung ab Sommer 2012. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen. Der Rechtsvertreter stellte zudem ein Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und unentgeltliche Rechtsverteidigung. Zur Begründung machte er geltend, es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die RAD-Ärztin die Auswertung der Hamilton-Depressionsskala vom ZIMB nicht eingefordert habe. Die Beschwerdegegnerin habe übersehen, dass die RAD-Ärztin bis Sommer 2011 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erkannt habe. Der medizinische Sachverhalt sei mitnichten derselbe. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung könne wegen der Persönlichkeitsstörung nicht überwunden werden. Die Beschwerdegegnerin habe zudem übersehen, dass die Beschwerdeführerin in ständiger und sehr engmaschiger Behandlung gestanden habe und stehe. Die RAD-Ärztin habe sehr genau ausgeführt, weshalb die Beschwerdeführerin zu 40 % arbeitsunfähig sei. Für den Sachbearbeiter der Beschwerdegegnerin bestehe kein Spielraum, davon abzuweichen.



C.b Am 1. Juli 2014 zog der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurück (act. G 4).

C.c Die Beschwerdegegnerin beantragte am 29. August 2014 die Abweisung der Beschwerde (act. G 6). Zur Begründung brachte sie vor, dass es nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung keineswegs allein Sache der Arztperson sei, abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer Arbeitsunfähigkeit führe. Bei der Untersuchung durch die RAD-Ärztin sei eine depressive Störung nicht mehr ausgewiesen gewesen. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vermöge nach der Rechtsprechung in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirken. Die Angaben der RAD-Ärztin zu den Foerster-Kriterien seien durch den Rechtsanwender kritisch zu hinterfragen. Bei der Beschwerdeführerin liege keine ausgewiesene Komorbidität vor. Die geschilderten Schmerzen liessen sich nicht durch organisch-strukturelle Befunde erklären. Die Diagnose einer anankastischen Persönlichkeitsstörung habe vom ZIMB-Gutachter nicht gestellt werden können, weshalb auch keine psychische Komorbidität angenommen werden könne. Ein sozialer Rückzug sei nicht ausgewiesen. Sowohl Dr. H.____ als auch die RAD-Ärztin seien von einem primären Krankheitsgewinn ausgegangen. Unbefriedigende Behandlungsergebnisse lägen jedoch nicht vor. Da die Mehrzahl der Foerster-Kriterien zu verneinen sei, sei der Regelfall der zumutbaren Überwindbarkeit gegeben. Die von der RAD-Ärztin attestierte Minderung der Arbeitsfähigkeit von 40 % müsse im versicherungsrechtlichen Rahmen daher ausser Acht bleiben. Das Vorliegen eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens sei somit zu verneinen.

C.d Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hielt in seiner Replik vom 30. September 2014 ergänzend fest (act. G 8), dass die Behörde die Arbeitsfähigkeit nicht willkürlich festsetzen dürfe. Für eine Neufestlegung brauche es triftige Gründe, die die Beschwerdegegnerin in keiner Weise vorgebracht habe. Die Beschwerdegegnerin habe sich auch nicht intensiv mit der Persönlichkeitsstörung der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt. Zudem habe die Beschwerdegegnerin das fachärztlich festgestellte Vorliegen einer Komorbidität nicht in genügender Weise widerlegen können.



C.e Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 10).

Erwägungen

1.

1.1 Die Beschwerdeführerin hatte sich erstmals im Juni 2006 zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet. Mit Verfügung vom 31. Januar 2008 hatte die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch bei einem IV-Grad von 30 % verneint. Die dagegen erhobene Beschwerde hatte das Versicherungsgericht am 29. September 2009 abgewiesen, d.h. es hatte die Abweisung des Rentengesuchs bestätigt. Dieser Entscheid ist in Rechtskraft erwachsen. Bei der Anmeldung vom Januar 2011 handelt es sich somit um eine sogenannte Neuanmeldung.

1.2 Gemäss Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Der Anmeldung haben unter anderem aktuelle Berichte von Dr. D.____ und der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG beigelegt. Aus diesen geht hervor, dass sich die Beschwerdeführerin im August 2010 einer Spondylodese L5/S1 unterzogen habe und seither weiterhin an Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Beine leide. Die Beschwerdeführerin hat mit den eingereichten Arztberichten somit eine erhebliche gesundheitliche Veränderung glaubhaft gemacht. Die Beschwerdegegnerin ist daher zu Recht auf die Neuanmeldung eingetreten.

1.3 Mit der angefochtenen Verfügung vom 8. Mai 2014 hat die Beschwerdegegnerin dann allerdings einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verneint. Die Beschwerdeführerin hat sich im Januar 2011 zum Leistungsbezug angemeldet. Da gemäss Art. 29 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) ein Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach dessen Geltendmachung entsteht, ist nachfolgend ein Rentenanspruch ab 1. Juli 2011 zu prüfen.

2.



2.1 Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

2.3 Um den IV-Grad ermitteln zu können, muss die Arbeitsfähigkeit bzw. die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen.

2.4 In somatischer Hinsicht macht die Beschwerdeführerin Schmerzen am ganzen Körper, insbesondere am Rücken und am Kopf, geltend. Die Beschwerdeführerin fühlt sich bereits seit einem Treppensturz im November 2005 körperlich schwer beeinträchtigt. Weder die Rehaklinik Bellikon, wo sie von April bis Mai 2006 einen stationären Aufenthalt absolviert hat, noch die ABI-Gutachter, die die Beschwerdeführerin im April 2007 interdisziplinär begutachtet haben, haben sich das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen erklären können. Während die Ärzte der Rehaklinik Bellikon davon ausgegangen sind, dass die Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Tätigkeit als Büglerin sowie in



Verweistätigkeiten voll arbeitsfähig sei, haben die ABI-Gutachter der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht in der Tätigkeit als Büglerin eine 50 %ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert. Für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten haben allerdings auch sie eine vollständige Arbeitsfähigkeit bejaht. Der rheumatologische Gutachter des ZIMB, der die Beschwerdeführerin im Januar 2013 begutachtet hat, hat erklärt, dass die subjektiven Beschwerden und die klinischen Befunde weitgehend unverändert seien; die zwischenzeitlich durchgeführte Spondylodese habe diesbezüglich keine Änderung gebracht (IV-act. 134-43). Aufgrund der Wirbelsäulenfehlform bzw. -fehlhaltung und bei einem Status nach einer Spondylodese L5/S1 seien belastungsabhängige lumbale bis lumbospondylogene wie auch thorakale Schmerzen erklärbar. Wie die Vorgutachter ist der rheumatologische ZIMB-Gutachter aber zum Schluss gekommen, dass das von der Beschwerdeführerin geschilderte Ausmass der Beschwerden nicht mit den strukturellen radiologischen Befunden begründet werden könne. Auch der neurologische ZIMB-Gutachter hat kein den geltend gemachten Beschwerden zugrundeliegendes fokal-neurologisches Defizit gefunden, und diese deshalb auf eine nicht organische Ursache zurückgeführt. Die Fachärzte sind somit – wie im Übrigen auch die behandelnde Psychiaterin Dr. C.____ – übereinstimmend von einer nichtorganischen Schmerzkomponente ausgegangen. Die (mit dem ABI-Gutachter übereinstimmende) Einschätzung des rheumatologischen Gutachters, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Büglerin lediglich noch zu 50 % arbeitsfähig sei, leuchtet unter Berücksichtigung der festgestellten degenerativen Veränderungen der HWS, der BWS und LWS sowie der Operationen an der LWS und der BWS und der Tatsache, dass es sich bei der angestammten Tätigkeit um eine vorwiegend stehende Tätigkeit gehandelt hat, bei welcher der Rücken oft gebeugt und rotiert gehalten werden muss, ein. Angesichts der verminderten Belastbarkeit der HWS, der BWS und der LWS überzeugt auch die Aussage des rheumatologischen Gutachters, dass die Beschwerdeführerin lediglich noch körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten unter Einhaltung bestimmter Adaptionenkriterien (nicht länger Sitzen als eine Stunde am Stück etc.) ausüben kann. Demnach ist auf die Einschätzung der ZIMB-Gutachter abzustellen, wonach die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht in der angestammten Tätigkeit als Büglerin/ Betriebsassistentin seit Jahren lediglich noch zu 50 % arbeitsfähig ist. Demgegenüber



ist die Beschwerdeführerin in einer körperlich angepassten Tätigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nie längerfristig arbeitsunfähig gewesen.

2.5 In psychiatrischer Hinsicht liegen insbesondere das psychiatrische Teilgutachten des ZIMB vom 18. März 2013 sowie der Untersuchungsbericht der RAD-Psychiaterin Dr. J.____ vom 23. August 2013 im Recht.

2.5.1 Der psychiatrische ZIMB-Gutachter Dr. H.____ hat der Beschwerdeführerin wegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer mittelschweren depressiven Episode mit somatischem Syndrom ab Anfang 2008 eine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit attestiert. RAD-Ärztin Dr. J.____ hat das Gutachten von Dr. H.____ als in Teilen nicht ohne weiteres plausibel bezeichnet und die Beschwerdeführerin deshalb am 21. August 2013, d.h. rund sieben Monate nach der Begutachtung, persönlich untersucht. Die Einschätzungen von Dr. H.____ und von Dr. J.____ beruhen auf einer unvollständigen Aktenlage: Obwohl die Beschwerdeführerin offenbar seit ca. Ende 2011 engmaschig durch Dr. E.____ psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelt wird, liegt kein Bericht des Behandlers bei den Akten. Eine rezidivierende depressive Störung ist Schwankungen unterworfen, weshalb für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zwingend eine Längsschnittbeurteilung notwendig ist. Eine solche ist jedoch nur möglich, wenn der Gutachter resp. die Gutachterin über die Krankengeschichte oder wenigstens über detaillierte Verlaufsberichte des behandelnden Psychiaters verfügt. Auf die Einschätzungen von Dr. H.____ und Dr. J.____ kann bereits aus diesem Grund nicht abgestellt werden.

2.5.2 Die Arbeitsfähigkeitsschätzungen von Dr. H.____ und der RAD-Ärztin überzeugen aber auch aus anderen Gründen nicht. Die RAD-Ärztin hat der Beschwerdeführerin eine anankastische Persönlichkeitsstörung attestiert. Mit der divergierenden Einschätzung von Dr. H.____ hat sie sich nicht auseinandergesetzt, sondern lediglich erwähnt, dass dieser die Diagnose einer anankastischen Persönlichkeitsstörung nicht habe nachvollziehen können (IV-act. 144-8). Für einen medizinischen Laien ist es deshalb nicht möglich, zu beurteilen, welche diagnostische Einschätzung in medizinischer Hinsicht überzeugender ist. Als beeinträchtigende Faktoren hat die RAD-Ärztin in Anlehnung an das Mini-ICF-P eine schmerzbedingte schwere Beeinträchtigung der Durchhaltefähigkeit und der Flexibilität (Schnelligkeit,



Reaktionsfähigkeit, Beweglichkeit) und eine mittelgradige Beeinträchtigung der ausserberuflichen Aktivitäten angegeben (IV-act. 144-7). Obwohl die RAD-Ärztin am Gutachten von Dr. H.____ bemängelt hat, dass die Auswertung der Hamilton-Depressionsskala nicht bei den Akten liege und deren Ergebnis daher nicht nachvollzogen werden könne, hat sie selber die Auswertung des Mini-ICF-P nicht zu den Akten gelegt. Hinzu kommt, dass sie nicht dargelegt hat, wie sie aus den von ihr festgestellten Einschränkungen auf eine Arbeitsunfähigkeit von gerade 40 % geschlossen hat. Des Weiteren überzeugt die rückwirkende Arbeitsfähigkeitsschätzung der RAD-Ärztin nicht: Sie hat ausgeführt, dass für die Zeit ab Ende 2011 eine kontinuierliche Verbesserung des Gesundheitszustandes anzunehmen sei. Eine retrospektive Angabe über den prozentualen Verlauf der Arbeitsfähigkeit sei jedoch nicht möglich, da für die Zeit ab Ende 2011 bis zur Begutachtung im Januar 2013 keine fachpsychiatrischen Informationen im Recht lägen. Zugunsten der Beschwerdeführerin ist sie deshalb, gestützt auf die Angaben von Dr. C.____, für die Zeit von Sommer 2011 bis Januar 2013 von einer 70 %igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen. Die Beschwerdeführerin hat die Behandlung bei Dr. C.____ jedoch bereits im Oktober 2011 abgebrochen, d.h. sie hat für die Zeit ab November 2011 gar keine Arbeitsfähigkeitsschätzung mehr abgeben können (IV-act. 113). Zudem hat Dr. C.____ der Beschwerdeführerin seit Oktober 2007 durchgehend eine 70 %igen Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV-act. 85). Das Gericht ist in seinem Entscheid vom 29. September 2009 jedoch davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin im Beurteilungszeitraum (d.h. bis Ende Januar 2008) aus psychiatrischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen ist.

2.5.3 Bezüglich der von Dr. H.____ und von der RAD-Ärztin diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ist anzumerken, dass das Bundesgericht seine Praxis zur Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente wegen somatoformer Schmerzstörungen zwischenzeitlich geändert hat (BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015). Zwar verlieren nach dem alten Verfahrensstandard eingeholte Gutachten durch die Praxisänderung nicht per se ihren Beweiswert. Allerdings ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (vgl. BGE 141 V 281 E. 8). Die



Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens konzentriert sich neu vermehrt auch auf die Ressourcen, welche die schmerzbedingte Belastung kompensieren können und damit die Leistungsfähigkeit begünstigen (BGE 141 V 281 E. 4.1.1). Im Rahmen der Würdigung von Funktionseinschränkungen muss also auch das positive Leistungsbild untersucht und nicht nur aufgezeigt werden, welche Defizite vorhanden sind, sondern das ganze Leistungsprofil mit sowohl negativen als auch positiven Anteilen beschrieben werden. Die Arbeitsunfähigkeit leitet sich gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen ab (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1). Zwar hat die RAD-Ärztin die Ressourcen der Beschwerdeführerin im Untersuchungsbericht umschrieben (soziale Kontakte, ausgefüllter Tagesablauf etc.). Bei der Prüfung, ob die Beschwerdeführerin trotz der subjektiv empfundenen Schmerzen einer Erwerbstätigkeit nachgehen könnte, hat sie sich jedoch nicht ausreichend mit den vorhandenen, erheblichen Ressourcen (Fitnessbesuche mit dem Sohn, lese viel, interessiere sich für alles, koche viel, gehe Einkaufen, teile sich die häuslichen Aufgaben mit dem Sohn, habe einige gute Kolleginnen, mit denen sie sich treffe, habe Kontakt zu ihrer Ursprungsfamilie, unternehme Ausflüge etc.) auseinandergesetzt (IV-act. 144-10). Auch Dr. H.____ hat sich zu wenig mit den Ressourcen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt (siehe IV-act. 134-53). Ob einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beizumessen ist, hängt auch von der Persönlichkeit der betroffenen Person ab. Wie bereits erwähnt, ist unklar, ob die Beschwerdeführerin an einer massgeblichen anankastischen Persönlichkeitsstörung leidet. Vor diesem Hintergrund ist es dem Gericht nicht möglich, die Überwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung anhand der Akten zu beurteilen.

2.6 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass weder auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. H.____ vom 18. März 2013 noch auf den RAD-Untersuchungsbericht vom 23. August 2013 abgestellt werden kann. Da nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht, ob und wenn ja, inwieweit die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, ist eine erneute psychiatrische Begutachtung notwendig. Der zu beauftragende Gutachter wird dabei auch zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit ab 1. Juli 2010 (frühestmöglicher Beginn des Wartejahres) Stellung nehmen müssen. Die Begutachtung hat unter Berücksichtigung der Krankengeschichte von Dr. E.____ (und wenn möglich auch derjenigen von Dr. C.____) zu erfolgen. Sofern noch vorhanden, sind



dem zu beauftragenden Gutachter auch die Auswertungen der Hamilton-Skala von Dr. H.____ und des Mini-ICF-P von der RAD-Ärztin Dr. J.____ zur Verfügung zu stellen.

2.7 Zu prüfen bleibt, ob die Beschwerdegegnerin oder das Gericht die Neubegutachtung in Auftrag geben muss, d.h. ob die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist oder ob das Gericht die Sachverhaltsabklärung zu übernehmen hat. Gestützt auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung müsste im vorliegenden Fall ein Gerichtsgutachten eingeholt werden, da bereits ein Administrativgutachten des ZIMB im Recht liegt, dessen psychiatrisches Teilgutachten nicht überzeugt und deshalb nicht beweiskräftig ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 11. Dezember 2014, 8C_633/2014 E. 3.2; BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Diese Praxis leuchtet jedoch nicht ein, da es nicht die Aufgabe des Versicherungsgerichts ist, den Sachverhalt zu ermitteln. Diese Aufgabe hat der Gesetzgeber vielmehr der IV-Stelle zugewiesen (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Es wäre also gesetzwidrig, wenn das Gericht die Sachverhaltsermittlung von der IV-Stelle „übernehmen“ würde. Dies gilt erst Recht für einen Fall wie den vorliegenden, wo nebst der Begutachtung weitere Abklärungen, namentlich die Einholung der Krankengeschichte bei Dr. E.____, notwendig sind und wo die Beschwerdegegnerin weder auf das von ihr eingeholte Gutachten noch auf die Schlussfolgerung der Administrativuntersuchung ihrer RAD-Ärztin abgestellt hat. Die psychiatrische Neubegutachtung ist folglich durch die Beschwerdegegnerin in Auftrag zu geben.

2.8 Demnach ist die angefochtene Verfügung in teilweiser Gutheissung der Beschwerde wegen der Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes nach Art. 43 Abs. 1 ATSG aufzuheben und die Sache ist zur erneuten psychiatrischen Begutachtung im Sinne der Erwägung 2.6 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

3.

3.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Praxisgemäss ist die Rückweisung der Sache zur ergänzenden Abklärung und neuen Beurteilung an die



Verwaltung als volles Obsiegen der Beschwerdeführerin zu werten (BGE 132 V 215 E. 6.2). Dementsprechend ist die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

3.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Auch hier gilt, dass eine Rückweisung zur weiteren Abklärung als volles Obsiegen der beschwerdeführenden Partei zu betrachten ist. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter hat keine Honorarnote eingereicht. Im hier zu beurteilenden Fall erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Entscheid

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 8. Mai 2014 aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung und zur anschliessenden Neuverfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

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

3.

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