



**Fall-Nr.:** IV 2014/359  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 15.11.2019  
**Entscheiddatum:** 31.01.2017

### **Entscheid Versicherungsgericht, 31.01.2017**

**Art. 28 IVG. Art. 16 ATSG. Art. 43 Abs. 1 ATSG. Invaliditätsbemessung. Würdigung eines psychiatrischen Gutachtens. Rückweisung zur Einholung eines neuen monodisziplinären Gutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 31. Januar 2017, IV 2014/359). Entscheid vom 31. Januar 2017**

Besetzung

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichter Ralph Jöhl,

Versicherungsrichterin Marie Löhner; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Geschäftsnr.

IV 2014/359

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Dieter Studer,

Studer Anwälte AG, Hauptstrasse 11a, 8280 Kreuzlingen,

gegen

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



### Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

### Rente

### Sachverhalt

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich im September 2000 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 16). Sie beantragte eine Unterstützung bei der erstmaligen beruflichen Ausbildung, wobei sie angab, zuerst die Matura erlangen und abschliessend ein Medizinstudium absolvieren zu wollen (IV-act. 17). Der Allgemeinmediziner Dr. med. B.\_\_\_\_ berichtete im Oktober 2000 (IV-act. 25), die Versicherte habe über eine problematische Beziehung zu den Eltern während ihrer Kindheit und über Erfahrungen mit diversen Drogen in der Pubertät berichtet. Seit Juni 1999 sei sie drogenabstinent. Nun sei sie sehr motiviert, die verpasste berufliche Ausbildung nachzuholen. Bei einer Weiterführung der psychotherapeutischen Behandlung sei die Prognose recht gut. Allerdings werde sich erst beim Übergang ins Berufsleben zeigen, ob die Versicherte ihre sozialen Ängste überwinden können. Im Januar 2001 erstattete der Psychiater Dr. med. C.\_\_\_\_ im Auftrag der IV-Stelle ein fachärztliches Gutachten (IV-act. 27). Er führte aus, eine familiäre Belastung mit psychischen Erkrankungen lasse sich nicht sicher eruieren. Die Versicherte sei nach dem Abbruch des Gymnasiums ausser einem etwa sechsmonatigen Einsatz als Apothekergehilfin im zwanzigsten Lebensjahr und gelegentlichen Einsätzen in einer Tagelöhnerie bislang keiner geregelten Erwerbstätigkeit nachgegangen. Der behandelnde Psychiater Dr. med. D.\_\_\_\_ habe im Jahr 1994 eine psychotische Dekompensation infolge des Konsums von Halluzinogenen und im Jahr 1995 eine psychotische Episode in der Adoleszenz bei einem Autonomie- und Abhängigkeitskonflikt mit einer sekundären Suchtentwicklung geschildert. In der persönlichen Untersuchung vom 12. Januar 2001 habe die Versicherte eher unreifer und kindlicher, als es ihrem Lebensalter entsprechen würde, ansonsten aber unauffällig gewirkt. Hinweise für ein psychotisches Geschehen hätten nicht vorgelegen. Nur die



## St.Galler Gerichte

Angaben zur Vorgeschichte habe die Versicherte nicht immer zeitlich richtig einordnen können. Der Abschluss des Gymnasiums sei seines Erachtens nicht aufgrund mangelnder intellektueller Ressourcen, sondern aufgrund eines völlig untauglichen neurotischen Ablösungsversuchs vom Elternhaus gescheitert. Die Versicherte leide an einer neurotisch-narzisstischen Persönlichkeitsstörung. Inwieweit sie einem Arbeitspensum in der freien Marktwirtschaft gewachsen sei, lasse sich nur schwer beurteilen. Für anspruchslose Hilfsarbeiten dürfte der Arbeitsfähigkeitsgrad jedoch etwa 70 Prozent betragen. Aus psychiatrischer Sicht seien berufliche Massnahmen zu empfehlen. Mit einer Verfügung vom 29. November 2001 sprach die IV-Stelle der Versicherten im Sinne einer erstmaligen beruflichen Ausbildung und anstelle einer Berufslehre eine Maturavorbereitung im Zeitraum vom 5. März 2002 bis zum 28. Februar 2005 zu (IV-act. 32).

A.b im April 2008 meldete sich die Versicherte erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Im Auftrag der IV-Stelle erstattete der Psychiater Dr. med. E.\_\_\_\_ am 12. September 2008 ein fachärztliches Gutachten (IV-act. 77). Er hielt fest, die Versicherte leide an einer Dysthymia, an einer Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, emotional-instabilen und anankastischen Anteilen sowie – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und an Störungen durch einen multiplen Substanzgebrauch. Tätigkeiten, die keine erhöhten Anforderungen an die Stress- und Frustrationstoleranz, an die emotionale Flexibilität und an die sozialen Kompetenzen stellten, seien der Versicherten aber uneingeschränkt zumutbar. Mit einer Verfügung vom 8. Dezember 2008 wies die IV-Stelle die Begehren der Versicherten um berufliche Massnahmen und um eine Rente ab (IV-act. 84).

A.c Am 14. September 2009 meldete sich die Versicherte zum dritten Mal zum Leistungsbezug an (IV-act. 86). Sie machte geltend, ihr Gesundheitszustand habe sich in den vergangenen Monaten verschlechtert; sie befürchte, dass sie ihre Arbeitsstelle verlieren könnte. Am 2. November 2009 berichtete der Rheumatologe Dr. med. F.\_\_\_\_ (IV-act. 90), die Versicherte leide an einer Fibromyalgie (Differentialdiagnose: somatoforme Störung), an multiplen psychosomatischen Beschwerden, an einem chronischen Panvertebralsyndrom, an einer Hepatitis C, an einem Status nach einer Hashimoto-Thyreoiditis, an einer rezidivierenden Cystitis, an rezidivierenden Soor-



Infektionen und an einem Status nach einer Norovirus-Infektion. Zurzeit sei sie zu 40 Prozent arbeitsunfähig. Am 8. Dezember 2009 notierte Dr. med. G.\_\_\_\_ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD), die von Dr. F.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit sei nachvollziehbar, weshalb eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Abweisung des Rentenbegehrens im Dezember 2008 ausgewiesen sei (IV-act. 95). Die Psychotherapeutin Dr. phil. H.\_\_\_\_ berichtete am 20. März 2010 (IV-act. 122), die Versicherte stelle sehr hohe Ansprüche an sich und habe wenig Selbstwertgefühl entwickelt. Sie neige dazu, sich und ihren Körper zu übergehen und leide unter starken Kontrollverlustängsten. Diagnostisch handle es sich um eine Fibromyalgie respektive um eine Somatisierungsstörung. Im Mai 2010 wurde die Versicherte im Auftrag der Krankentaggeldversicherung ihrer Arbeitgeberin rheumatologisch und psychiatrisch begutachtet. Die Sachverständigen Dres. med. I.\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_ führten aus, die Versicherte leide an einer Somatisierungsstörung und an einer reaktiven Anpassungsstörung mit somatoformen und neurasthenischen Zügen, sei aber uneingeschränkt arbeitsfähig. Da sich die Versicherte anschliessend in eine tagesklinische Behandlung begab, attestierten die Sachverständigen in einem Verlaufsgutachten für die Zeit ab Dezember 2010 eine Arbeitsunfähigkeit von maximal 20 Prozent. Am 28. März 2011 berichtete Dr. med. K.\_\_\_\_ von der psychiatrischen Klinik L.\_\_\_\_ (IV-act. 142), die Versicherte leide an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung, an einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig mittelgradigen Episode sowie an einer Fibromyalgie. Sie sei vom 6. Juli 2010 bis zum 9. Februar 2011 in der Tagesklinik behandelt worden. Der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich im Verlauf der tagesklinischen Behandlung nicht wesentlich verändert. Die Versicherte habe ihre Energie in den Beruf investiert und sich zur Erholung in der Freizeit stark zurückgezogen. Sie verfüge kaum über soziale Kontakte oder Hobbies. Mit dem aktuellen Arbeitspensum von 60 Prozent bewege sie sich zwar klar an ihrer Belastungsgrenze, aber offenbar sei sie in der Lage, dieses Pensum zu leisten. Am 4. April 2011 berichtete der Psychiater Dr. med. M.\_\_\_\_ (IV-act. 144), die Versicherte leide an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und an einer nun regredient verlaufenden Anpassungsstörung mit einer längeren depressiven Reaktion. Eine stabile psychosoziale Umgebung und eine strenge Verhaltenstherapie vorausgesetzt dürfte sich ihr Gesundheitszustand angesichts ihrer guten Ressourcen bessern. Zurzeit liege die Arbeitsfähigkeit bei 60 Prozent. Schon am 2. März 2011 hatte der RAD-Arzt Dr.



## St.Galler Gerichte

med. N.\_\_\_\_ die Versicherte psychiatrisch untersucht (IV-act. 149). In seinem Bericht vom 19. Mai 2011 hielt er fest, die Versicherte leide an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung, an einer derzeit remittierten rezidivierenden depressiven Störung, an einer somatoformen Schmerzstörung und an Problemen mit Bezug auf einen sexuellen Missbrauch in der Kindheit durch eine Person im familiären Nahraum. Die Störung sei komplex und lasse sich mit der von Dr. J.\_\_\_\_ angeführten Diagnose einer Anpassungsstörung nicht hinreichend erfassen. Es liege eine erhebliche Persönlichkeitsproblematik mit kognitiven Verzerrungen vor, was zu veränderten Wahrnehmungen und Fehleinschätzungen in der eigenen Sichtweise über sich selbst führe. Aus psychiatrischer Sicht sei dringend eine stationäre Behandlung zu empfehlen. Derzeit betrage der Arbeitsfähigkeitsgrad 60 Prozent.

A.d Vom 15. Juni 2011 bis zum 15. Juli 2011 befand sich die Versicherte zur stationären Behandlung in der psychiatrischen Klinik L.\_\_\_\_ (IV-act. 168). Laut dem Austrittsbericht vom 21. Juli 2011 litt sie an einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig mittelgradigen Episode, an kombinierten Persönlichkeitsstörungen und an einer Fibromyalgie. Vom 11. bis zum 31. August 2011 wurde die Versicherte stationär in der Klinik O.\_\_\_\_ behandelt. Diese berichtete am 3. Oktober 2011 (IV-act. 181), die Versicherte leide an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit abhängigen, selbstunsicher-vermeidenden und histrionischen Anteilen, an einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig mittelgradigen Episode und mit einem somatischen Syndrom, an einer Thyreoiditis Hashimoto, an einer Polytoxikomanie mit aktueller Abstinenz, an einer Hepatitis C, an einem chronischen Panvertebralsyndrom sowie an einer Milbenkot-Allergie. Bis zum 16. September 2011 sei sie vollständig arbeitsunfähig gewesen; für die Zeit danach habe der nachbehandelnde Arzt zur Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen. Man habe die Versicherte angeleitet, sich mehr zu bewegen und Entspannungsübungen zu erlernen. Während des Aufenthaltes in der Klinik habe sie sich gut erholen können. Am 26. April 2012 berichtete Dr. M.\_\_\_\_ (IV-act. 185), er habe neu ein Aufmerksamkeitsdefizit- und (teilweise) Hyperaktivitätssyndrom diagnostiziert. Dieses lasse sich mit Ritalin gut behandeln. Im Übrigen hätten sich keine neuen Erkenntnisse oder Veränderungen ergeben. Der RAD-Arzt Dr. N.\_\_\_\_ notierte am 11. Mai 2012 (IV-act. 186), das Attest einer Arbeitsfähigkeit von 60 Prozent sei nachvollziehbar begründet worden. Die Versicherte werde wohl auf absehbare Zeit in diesem Umfang



arbeitsfähig bleiben. Im November 2012 berichtete Dr. D.\_\_\_\_ (IV-act. 204), zusätzlich zu den bekannten Diagnosen könnten insbesondere eine paranoide Entwicklung (differenzialdiagnostisch: Borderline-Störung) oder sogar eine psychotische Entwicklung vorliegen. Die Versicherte habe berichtet, Stimmen zu hören. Rückblickend sei er sich nicht mehr sicher, ob sie im Jahr 1996 nur an einer drogeninduzierten Psychose gelitten habe oder ob jene psychotische Störung entwicklungsbedingt gewesen sei. Jedenfalls sei die Versicherte im Moment vollständig arbeitsunfähig. Am 20. Dezember 2012 berichtete Prof. Dr. med. P.\_\_\_\_ von der Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik des Spitals Q.\_\_\_\_ (IV-act. 208), die Versicherte habe in den von ihm durchgeführten beratenden Gesprächen einerseits ein enormes Bedürfnis nach Akzeptanz und Liebe gezeigt, das sich in einem freundlich zugewandten, charmanten und bewundernden Verhalten gezeigt habe. Andererseits habe sie aber auch hohe Erwartungen mit wohl der Gefahr, erneut enttäuscht und abgelehnt zu werden, gezeigt. Er habe diskrete selbstschädigende Verhaltensweisen wahrnehmen können. Paradoxaerweise sei auch eine tiefsitzende Selbstverachtung spürbar gewesen. Diagnostisch lägen eine Borderline-Persönlichkeitsstörung mit kurzdauernden psychotischen Phasen und andauernden paranoiden Ideen, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und rezidivierende depressive Episoden mit einer zurzeit mittelgradigen Episode vor. Im zuletzt ausgeübten Beruf als Pflegerin sei die Versicherte aufgrund der körperlichen Beschwerden sowie der anhaltenden ausgeprägten Müdigkeit einerseits wegen Schlafstörungen, andererseits aber auch wegen der Medikamenteneinnahme „sehr beschränkt arbeitsunfähig, maximal 20 Prozent“ (gemeint: sehr beschränkt arbeitsfähig, maximal 20 Prozent; vgl. IV-act. 219).

A.e Im Auftrag der IV-Stelle erstattete die medizinische Abklärungsstelle (MEDAS) Ostschweiz am 25. Juni 2013 ein bidisziplinäres – rheumatologisch-psychiatrisches – Gutachten (IV-act. 228). Der psychiatrische Sachverständige Dr. med. R.\_\_\_\_ führte aus, die Versicherte habe in der Untersuchung leicht sediert, aber trotzdem redselig gewirkt. Sie habe sich auf die Untersuchung vorbereitet und ihre Beschwerden handschriftlich auf zwei DIN-A4-Seiten aufgelistet. Diese Notizen habe sie mit Ausschweifungen und Wiederholungen vorgelesen, wobei die Beschwerden konfus ineinander übergegangen seien. Sie habe sich nicht gerne in ihrem Redeschwall unterbrechen lassen. Zudem habe sie konfus gewirkt, wobei insbesondere eine Zeitgitterstörung aufgefallen sei. Andererseits habe sie sich aber auch energisch gezeigt und dezidiert versucht, ihn



dazu zu bringen, einen Einfluss auf die IV-Stelle auszuüben, damit sie eine Rente erhalte. Das Verhalten habe infantil angemutet. Die von ihr berichteten Wahnvorstellungen hätten nicht objektiviert werden können. Ihre Beschwerden habe sie aggraviert dargestellt. Seines Erachtens seien die „sehr unterschiedlichen“ Diagnosestellungen in den früheren psychiatrischen Berichten und Gutachten darauf zurückzuführen, dass die Psychiater sich von den subjektiven Beschwerden hätten leiten lassen, auf welche die Versicherte offenbar nach Belieben zurückgreifen könne. Bei einer objektiven Sichtweise handle es sich um eine bewusstseinsnahe, übertriebene Darbietung von Beschwerden im Sinne einer Simulation mit dem Zweck, eine Rente der Invalidenversicherung zu erhalten. Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherte uneingeschränkt arbeitsfähig. Der rheumatologische Sachverständige Dr. med. S.\_\_\_\_ hielt fest, auch aus rheumatologischer und internistischer Sicht lägen keine Befunde vor, die sich auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten auswirken würden. Der RAD-Arzt Dr. N.\_\_\_\_ erachtete das Gutachten am 28. Juni 2013 als überzeugend (IV-act. 229).

A.f Mit einem Vorbescheid vom 16. Juli 2013 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie die Abweisung ihres Rentenbegehrens vorsehe (IV-act. 232). Dagegen liess die nun anwaltlich vertretene Versicherte am 20. September 2013 einwenden (IV-act. 244), Dr. R.\_\_\_\_ habe seine These, sie habe sämtliche behandelnden und begutachtenden Ärzte während mehr als eines Jahrzehnts bewusst getäuscht, nicht hinreichend begründet. Es stehe zu befürchten, dass er den Simulationsverdacht nicht mit ausreichenden Untersuchungen erhärtet und dem Wunsch der Versicherten nach einer Rente eine zu starke Bedeutung eingeräumt habe. Die Versicherte plante die Einholung eines Gutachtens durch einen erfahrenen Psychiater und ersuchte um eine Sistierung des Verfahrens und um die Vergütung der Kosten für das Gutachten. Am 8. Januar 2014 nahm Dr. D.\_\_\_\_ Stellung zum psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS St. Gallen (IV-act. 254). Er führte aus, Dr. R.\_\_\_\_ habe explizit festgehalten, dass er bei seiner Beurteilung die früheren Berichte ausgeblendet habe. Dies sei unzulässig, zumal die früheren Beurteilungen teilweise auf den in einer Langzeit- oder in einer stationären Behandlung gewonnenen Erkenntnissen beruhten. Von einem verworrenen Bild könne keineswegs gesprochen werden. Die schwierige Beziehungsgestaltung, die mit einer Affektivitätsstörung einher gehe, und die immer wieder auftretenden depressiven Episoden würden einheitlich dargestellt. Die Wahrnehmung der Aussenwelt sei verzerrt,



was bis hin zu paranoiden Ideen gehe. Angesichts des langen Beobachtungszeitraums bestehe kein Zweifel am Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung. Statistisch sei ein gemeinsames Auftreten der im Verlauf der Behandlung der Beschwerdeführerin gestellten Diagnosen zusammen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nachgewiesen. Am 20. März 2014 nahm Dr. R.\_\_\_\_ Stellung zu den Einwänden der Versicherten und von Dr. D.\_\_\_\_ (IV-act. 257). Er hielt fest, die Stellungnahme von Dr. D.\_\_\_\_ sei zwar fachärztlich nachvollziehbar, täusche aber nicht über die Tatsache hinweg, dass die Versicherte, die über intakte mnestiche und kognitive Funktionen verfüge, in der Lage sei, ihre Symptome bei verschiedenen Psychiatern so darzustellen, dass es jeweils zu verschiedenen Diagnosen komme. In einem Bericht sei erwähnt worden, dass die anamnestisch geschilderten paranoiden Ideen in der Untersuchung nicht hätten ausgemacht werden können. Also habe schon vor der Begutachtung durch Dr. R.\_\_\_\_ ein Simulationsverdacht bestanden. Auch wenn die Versicherte an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden würde, wäre sie intelligenzmässig in der Lage, die Symptome dieser Krankheit im Griff zu halten respektive zu steuern. Sie habe vieles berichtet, das nicht objektivierbar sei, und mehrmals deutlich ihren Wunsch nach einer Rente geäussert. Jedenfalls sei sie willensmässig in der Lage, einer vollzeitigen Erwerbstätigkeit nachzugehen. Der RAD-Arzt Dr. N.\_\_\_\_ erachtete diese Ausführungen als überzeugend (IV-act. 259). Die Versicherte liess am 2. Juli 2014 nochmals festhalten, dass weitere medizinische Abklärungen notwendig seien, weil namentlich der Simulationsverdacht nach wie vor weder belegt noch widerlegt sei (IV-act. 263). Mit einer Verfügung vom 4. Juli 2014 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren der Versicherten ab (IV-act. 264).

B.

B.a Dagegen liess die Versicherte (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) am 7. August 2014 eine Beschwerde erheben (act. G 1). Ihr Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 4. Juli 2014 und die Einholung eines psychiatrischen Obergutachtens durch das Gericht. Zur Begründung führte er aus, die Schlussfolgerungen von Dr. R.\_\_\_\_ seien in mehrerlei Hinsicht unhaltbar. Der Sachverständige sei nicht auf die in den früheren Berichten erwähnten Probleme in der Kindheit und in der Pubertät der Beschwerdeführerin eingegangen. Seinen Simulationsvorwurf, zu dem er „Knall auf Fall“ gelangt sei, habe er nicht begründet. Es



widerspreche jeglichen Anforderungen an die Qualität eines Gutachtens, wenn sich ein Sachverständiger nicht nur nicht mit den Vorakten auseinandersetze, sondern diese bei seiner Beurteilung sogar noch explizit ausblende. Dr. R.\_\_\_\_ habe keine Validierungstests zur Erhärtung seines Simulationsverdachts durchgeführt. Bemerkenswerterweise habe er eine Zeitgitterstörung beschrieben, die es aber der Beschwerdeführerin verunmöglicht haben dürfte, die behandelnden Ärzte über Jahre hinweg zu täuschen. Geradezu befremdend sei die Aussage des Sachverständigen, es handle sich um eine „höchst manipulative Versicherte“. Zur „abschliessenden Klärung“ werde die Einholung eines psychiatrischen Obergutachtens beantragt, für dessen Erstellung erneut Dr. med. T.\_\_\_\_ vorgeschlagen werde.

B.b Die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) beantragte am 25. September 2014 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung führte sie aus, Dr. R.\_\_\_\_ habe sich in seiner Beurteilung zu Recht auf den von ihm erhobenen harmlosen psychiatrischen Befund gestützt. Die von ihm erwähnte Zeitgitterstörung schliesse eine Simulation nicht aus, sondern stelle vielmehr einen Teil davon dar. Eine Validierung mittels einer neuropsychologischen Abklärung sei weder nötig noch zielführend. Die behandelnden Ärzte Dres. D.\_\_\_\_ und P.\_\_\_\_ hätten ihre pessimistische Sichtweise schwegewichtig auf die „dramatischen“ Schilderungen der Beschwerdeführerin abgestützt. Zu Recht habe Dr. R.\_\_\_\_ darauf hingewiesen, dass sie die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Symptome unkritisch als Befunde übernommen hätten, was nicht angehe.

B.c Die Beschwerdeführerin liess am 22. Oktober 2014 an ihren Anträgen festhalten (act. G 6). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (vgl. act. G 8).

B.d Am 21. Dezember 2015 liess die Beschwerdeführerin einen Austrittsbericht der Klinik U.\_\_\_\_ vom 17. Dezember 2015 einreichen (act. G 9). In diesem Bericht, der nach einer stationären Behandlung im Zeitraum vom 23. Juni 2015 bis zum 26. August 2015 erstellt worden war, hatten die behandelnden Fachärzte ausgeführt (act. G 9.1), die Beschwerdeführerin leide an einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung, an einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig mittelgradigen Episode, an einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ, an Problemen durch einen sexuellen Missbrauch in der Kindheit durch Personen innerhalb



des engeren Familienkreises, an psychischen und Verhaltensstörungen durch Opiode, an einem Status nach einem schädlichen Substanzgebrauch, an einer sozialen Phobie, an einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, an chronischen Schmerzen bei einer Fibromyalgie und an einer Hypothyreose. Zudem bestehe der Verdacht auf ein psychotisches Geschehen.

### Erwägungen

1.

Laut dem Art. 87 Abs. 3 IVV wird eine neue Anmeldung zum Leistungsbezug nach einer Abweisung eines Rentenbegehrens wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades nur geprüft, wenn die Voraussetzungen des Art. 87 Abs. 2 IVV erfüllt sind, das heisst glaubhaft gemacht wird, dass sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch relevanten Weise verändert hat. Das Gleichbehandlungsgebot schliesst ein Eintreten auf eine Neuanschuldung ohne eine Prüfung der Voraussetzungen des Art. 87 IVV aus. Vorliegend war ein erstes Rentenbegehren der Beschwerdeführerin vom April 2008 gestützt auf ein Gutachten des Psychiaters Dr. E.\_\_\_\_ vom 12. September 2008 abgewiesen worden, laut dem die Beschwerdeführerin an einer Dysthymia, an einer Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, emotional-instabilen und anankastischen Anteilen sowie – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und an Störungen durch einen multiplen Substanzgebrauch gelitten hatte, aber als uneingeschränkt arbeitsfähig beurteilt worden war. Im Zuge der Neuanschuldung vom September 2009 hat die Versicherte dann eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes nach der Abweisung ihres Rentenbegehrens im Dezember 2008 geltend gemacht. Zur Glaubhaftmachung dieser Verschlechterung hat sie einen Bericht des Rheumatologen Dr. F.\_\_\_\_ vom 2. November 2009 eingereicht, der ausgeführt hatte, die Versicherte leide an einer Fibromyalgie (Differentialdiagnose: somatoforme Störung), an multiplen psychosomatischen Beschwerden, an einem chronischen Panvertebralsyndrom, an einer Hepatitis C, an einem Status nach einer Hashimoto-Thyreoiditis, an einer rezidivierenden Cystitis, an rezidivierenden Soor-Infektionen sowie an einem Status nach einer Norovirus-Infektion und sei aktuell zu 40 Prozent arbeitsunfähig. Der RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_ hat aufgrund des Berichtes von Dr. F.\_\_\_\_ eine anspruchserhebliche Veränderung des



Gesundheitszustandes für glaubhaft erachtet. Die Beschwerdegegnerin ist folglich zu Recht auf die Neuanmeldung vom 14. September 2009 eingetreten.

2.

2.1 Eine versicherte Person, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern kann, die während eines Jahres ohne einen wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen ist und die nach dem Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid ist, hat einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung (Art. 28 Abs. 1 IVG). Zur Bemessung der Invalidität wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei einer ausgeglichenen Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung zu dem Erwerbseinkommen gesetzt, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG).

2.2 Gemäss der formell rechtskräftigen und damit verbindlichen Verfügung vom 29. November 2001 ist die Beschwerdeführerin infolge einer Gesundheitsbeeinträchtigung nicht in der Lage gewesen, eine erstmalige berufliche Ausbildung zu absolvieren. Daran ändert der Umstand, dass ihr die Beschwerdegegnerin mit jener Verfügung – anstelle einer Berufslehre – die Mehrkosten für die Erlangung der Matura vergütet hat, nichts, denn damit hat nur noch die Invalidenkarriere beeinflusst werden können. Die Beschwerdeführerin ist als eine Versicherte ohne Ausbildung im Sinne des Art. 26 IVV zu qualifizieren. Da sie bereits vor dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung eine gymnasiale Ausbildung begonnen hatte und da sie nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung die Matura nachgeholt und ein Medizinstudium begonnen hat, besteht kein ernsthafter Zweifel daran, dass sie ohne die Gesundheitsbeeinträchtigung eine akademische Karriere eingeschlagen hätte. Die Beschwerdegegnerin wird diesem Umstand bei der Festsetzung des Valideneinkommens Rechnung zu tragen haben.



2.3 Das zumutbarerweise erzielbare Invalideneinkommen hängt massgebend von der Arbeitsfähigkeit ab, deren Grad mittels medizinischer Abklärungen zu ermitteln ist. Die Beschwerdegegnerin hat nicht auf die Berichte der behandelnden Fachärzte abgestellt, die teilweise von ihrem RAD als überzeugend qualifiziert worden waren, sondern zunächst eine persönliche Untersuchung durch einen RAD-Arzt durchführen und später ein Gutachten durch die MEDAS Ostschweiz erstellen lassen. Dieses Gutachten respektive das psychiatrische Teilgutachten hält einer kritischen Würdigung nicht stand. Zwar enthält es eine Anamnese, eine Wiedergabe der geklagten Beschwerden, eine Befundschilderung, eine Beurteilung, eine Diagnosestellung und eine Arbeitsfähigkeitsschätzung. Auf den zweiten Blick zeigt sich aber, dass sich der psychiatrische Sachverständige Dr. R.\_\_\_\_ mit den Vorakten gar nicht auseinandergesetzt hat. Vielmehr hat er sich mit dem Hinweis begnügt, in der Vergangenheit sei eine Vielzahl von Diagnosen gestellt worden respektive die Diagnosestellungen seien verworren. Selbst für einen medizinischen Laien ist aber ersichtlich, dass sowohl die Befundschilderungen als auch die Beurteilungen und die Diagnosen in den früheren medizinischen Berichten weitgehend übereinstimmend sind und ein insgesamt einheitliches Bild des – allerdings in den letzten 20 Jahren schwankend verlaufenden – Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin vermitteln. Der behandelnde Psychiater Dr. D.\_\_\_\_ hat in seiner Stellungnahme vom 8. Januar 2014 nachvollziehbar und überzeugend dargelegt, dass die verschiedenen Berichte im Wesentlichen miteinander übereinstimmten. Selbst wenn mit Dr. R.\_\_\_\_ davon ausgegangen werden müsste, die Beschwerdeführerin habe in der Untersuchung durch die MEDAS Ostschweiz simuliert, könnte daraus nicht ohne weiteres abgeleitet werden, die früheren Berichte seien generell nicht aussagekräftig. Gerade weil Dr. R.\_\_\_\_ zu einem völlig anderen Ergebnis als sämtliche früher Bericht erstattenden – nicht nur behandelnden, sondern auch begutachtenden – Fachärzte gelangt ist, hätte er sich umso vertiefter mit den entsprechenden Berichten auseinandersetzen müssen, um den medizinischen Laien davon überzeugen zu können, dass seine Sichtweise überzeugender als jene der andern Ärzte sei. Dies hat Dr. R.\_\_\_\_ nicht getan. Im Gegenteil hat er bei seiner Beurteilung explizit die Vorakten ignoriert. Dieses Vorgehen ist nicht lege artis gewesen und hat dazu geführt, dass sich seine Schlussfolgerungen hinsichtlich der Diagnosen und der Arbeitsfähigkeitsschätzungen nur auf eine Momentaufnahme, nämlich auf den von ihm in der persönlichen Untersuchung



erhobenen Befund haben stützen können. Zumindest für die Vergangenheit vermag das psychiatrische Teilgutachten von Dr. R.\_\_\_\_ also den relevanten Sachverhalt nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen. Die fehlende Würdigung der Vorakten hat aber auch zur Folge gehabt, dass sich Dr. R.\_\_\_\_ hinsichtlich seiner Schlussfolgerungen für die Gegenwart nur auf die von ihm in der persönlichen Untersuchung gewonnenen Erkenntnisse stützen können. Das hat eine ausreichend fundierte Stellungnahme zu den komplexen Störungen der Beschwerdeführerin wie insbesondere der in den Vorakten mehrfach diagnostizierten Persönlichkeitsstörung praktisch verunmöglicht. Die Ausführungen von Dr. R.\_\_\_\_ zu den von ihm erhobenen Befunden erwecken zudem den Eindruck, er habe sich von sachfremden Kriterien leiten lassen. So hat er wiederholt erwähnt, die Beschwerdeführerin habe einen Wunsch nach einer Rente geäußert, woraus er offenbar Schlüsse hinsichtlich der Diagnosen abgeleitet hat, ohne aber überzeugend zu begründen, weshalb diese Äusserungen der Beschwerdeführerin diagnostisch relevant sein sollten. Seiner ansonsten spärlichen Befundschilderung lassen sich keine ausreichenden Hinweise entnehmen, mit denen er seine Schlussfolgerungen hinsichtlich der Diagnosen und der Arbeitsfähigkeitsschätzung überzeugend hätte begründen können. Unverständlicherweise hat der RAD-Arzt Dr. N.\_\_\_\_, der die Beschwerdeführerin im März 2011 selbst persönlich untersucht und festgehalten hatte, die von Dr. J.\_\_\_\_ diagnostizierte Anpassungsstörung werde dem komplexen Beschwerdebild nicht gerecht, das psychiatrische Teilgutachten von Dr. R.\_\_\_\_ ohne eine vertiefte Auseinandersetzung als überzeugend qualifiziert, obwohl er damit hat einräumen müssen, dass sein eigener Untersuchungsbericht im Grunde wertlos sei. In dieser Situation wäre zumindest eine Stellungnahme zu den Diskrepanzen zwischen dem eigenen Untersuchungsbericht und dem psychiatrischen Teilgutachten zu erwarten gewesen. Auch die nachträgliche Stellungnahme von Dr. R.\_\_\_\_ zu den Einwänden von Dr. D.\_\_\_\_ hat der RAD-Arzt Dr. N.\_\_\_\_ ohne weiteres als überzeugend qualifiziert. Aus der Sicht eines medizinischen Laien bestehen aber ernste Zweifel an der Überzeugungskraft dieser nachträglichen Stellungnahme. So hat Dr. R.\_\_\_\_ eingeräumt, dass den Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_ aus fachärztlicher Sicht nichts entgegen zu setzen sei. Dann hat er aber geltend gemacht, die unterschiedlichen Diagnosestellungen in den Vorakten belegten, dass die Beschwerdeführerin nach ihrem Belieben auf Beschwerden „zurückgreifen“ respektive diese simulieren könne. Das ist



schlechterdings nicht nachvollziehbar und würde konsequent zu Ende gedacht bedeuten, dass jede versicherte Person, der im Zeitverlauf unterschiedliche Diagnosen gestellt worden sind, simuliere, was augenscheinlich absurd wäre. Ausserdem stellt sich die Frage, welchen Vorteil die Beschwerdeführerin für sich ableiten könnte, wenn sie nicht eine einzige, gravierende Krankheit, sondern immer wieder andere Krankheiten simulieren würde. Zur Untermauerung seiner These hat Dr. R.\_\_\_\_ erwähnt, dass in einem Bericht festgehalten worden sei, die anamnestisch angegebenen paranoiden Ideen hätten sich in der Untersuchung nicht objektivieren lassen. Weshalb daraus zwingend abgeleitet werden müsste, dass die Beschwerdeführerin simuliere, erschliesst sich dem medizinischen Laien nicht. Mit seiner nachträglichen Stellungnahme hat Dr. R.\_\_\_\_ deshalb die von Dr. D.\_\_\_\_ geäusserten Zweifel an der Überzeugungskraft seines Teilgutachtens nicht ausräumen können. Gesamthaft vermag das psychiatrische Teilgutachten von Dr. R.\_\_\_\_ den massgebenden Sachverhalt folglich nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen.

3.

3.1 Auch die Berichte der behandelnden Fachärzte vermögen indessen die Frage nach der zumutbaren Arbeitsfähigkeit nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beantworten. Ihnen lässt sich zwar entnehmen, dass die Beschwerdeführerin einerseits durch eine Persönlichkeitsstörung und eine depressive Störung wesentlich in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt sein dürfte, dass sie andererseits aber auch über überdurchschnittliche intellektuelle Ressourcen verfügt, die es ihr an sich ermöglichen müssten, trotz Beschwerden zumindest teilweise einer ideal leidensadaptierten Erwerbstätigkeit nachzugehen. Das von den Dres. D.\_\_\_\_ und P.\_\_\_\_ ausgestellte Attest einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit respektive einer Restarbeitsfähigkeit von maximal noch 20 Prozent überzeugt folglich nicht. Die älteren Berichte können nicht ohne Weiteres als weiterhin massgebend erachtet werden, zumal darin mehrheitlich festgehalten worden ist, der Gesundheitszustand sei nicht stabil. Damit erweist sich der massgebende medizinische Sachverhalt als nicht ausreichend abgeklärt. Die angefochtene Verfügung ist also in Verletzung der Untersuchungspflicht (Art. 43 Abs.1 ATSG) ergangen, weshalb sie als rechtswidrig aufzuheben ist.



3.2 Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat – wohl mit Blick auf die neuere bundesgerichtliche Rechtsprechung (BGE 137 V 210) – die Einholung eines psychiatrischen Obergutachtens durch das Gericht beantragt. Dabei hat er aber nicht bedacht, dass es nicht die Aufgabe des Versicherungsgerichtes sein kann, von der Verwaltung versäumte Abklärungen nachzuholen, zumal die Sachverhaltsabklärung die ureigenste Aufgabe der Verwaltung ist. Auch wenn das Bundesgericht diesen Grundsatz „aufgeweicht“ hat, ist vorliegend kein Grund ersichtlich, der gegen eine Rückweisung der Sache zur Vervollständigung der Sachverhaltsabklärung an die Beschwerdegegnerin sprechen würde. Zudem liegt kein typischer Fall einer Notwendigkeit, ein Obergutachten zu erstellen, vor, denn das psychiatrische Teilgutachten von Dr. R. \_\_\_ erweist sich als derart mangelhaft, dass es keines Obergutachtens bedarf, das sich zu jenem Teilgutachten äussert. Beim Gutachten der MEDAS Ostschweiz handelt es sich mit anderen Worten um einen untauglichen Versuch, die Sachverhaltsabklärung zu vervollständigen, was auch der Beschwerdegegnerin hätte auffallen müssen. Diese wird folglich den Mangel bei der Sachverhaltsabklärung selbst zu beseitigen haben. Von der Rückweisung ist im Vergleich zur Einholung eines Gerichtsgutachtens keine relevante Verzögerung des Verfahrens zu erwarten, da ein Administrativgutachten in aller Regel wesentlich rascher eingeholt und erstellt werden kann als ein Gerichtsgutachten, für dessen Einholung das Gericht jeweils bei jedem Teilschritt beiden Parteien die Möglichkeit zur Stellungnahme einzuräumen hat, was das Verfahren regelmässig erheblich verzögert. Jedenfalls rechtfertigt die allfällig geringfügige Verfahrensverzögerung keine Einschränkung des Rechtsmittelweges und der im BGE 137 V 210 eingeräumten Mitwirkungsrechte der Beschwerdeführerin. Die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zur Vervollständigung der Sachverhaltsabklärung zurückzuweisen.

3.3 Eine Rückweisung drängt sich auch deshalb auf, weil davon auszugehen ist, dass auch nach der Vervollständigung der medizinischen Abklärung noch nicht über das Rentenbegehren wird verfügt werden können. Sofern die Beschwerdeführerin nämlich überwiegend wahrscheinlich eingliederungsfähig sein sollte, müsste ihre Erwerbsfähigkeit gemäss dem Grundsatz „Eingliederung vor Rente“ angesichts der akademischen Validenkarriere nämlich mittels beruflicher Massnahmen verbessert werden, bevor ein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung entstehen könnte (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. a IVG). Aller Wahrscheinlichkeit nach wird die



## St.Galler Gerichte

Beschwerdegegnerin also nach dem Abschluss der medizinischen Abklärung eine berufliche Abklärung durchzuführen und anschliessend gegebenenfalls berufliche Massnahmen in die Wege zu leiten haben.

3.4 Anders als bei polydisziplinären Gutachten steht der Verwaltung für mono- und bidisziplinäre Gutachten ein relativ grosser Kreis von möglichen Beauftragten zur Verfügung. Das Bundesgericht hat daher seine Rechtsprechung, wonach Aufträge nach dem Zufallsprinzip zu vergeben seien, auf polydisziplinäre Gutachten beschränkt. Für mono- und bidisziplinäre Gutachten gilt der Grundsatz, dass sich die Parteien nach Möglichkeit auf eine Gutachterstelle zu einigen haben. Dies wird die Beschwerdegegnerin bei der Vervollständigung der medizinischen Sachverhaltsabklärung zu berücksichtigen haben.

4.

Die Rückweisung einer Sache zur weiteren Abklärung gilt rechtsprechungsgemäss hinsichtlich der Kosten- und Entschädigungsfolgen als ein vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei. Die gemäss dem Art. 69 Abs. 1 bis IVG zu erhebenden und angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf 600 Franken festzusetzenden Gerichtskosten sind folglich der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der Beschwerdeführerin wird der von ihr geleistete Kostenvorschuss von 600 Franken selbstverständlich zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung auszurichten, die angesichts des durchschnittlichen Vertretungsaufwandes praxismässig auf 3'500 Franken (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt wird.

## Entscheid

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 4. Juli 2014 aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung und zur anschliessenden neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.



## St.Galler Gerichte

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

3.

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