



Fall-Nr.: IV 2014/390
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 17.04.2020
Entscheiddatum: 01.05.2017

Entscheid Versicherungsgericht, 01.05.2017

Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Cancer-related Fatigue (tumorassoziertes Fatigue-Syndrom). Würdigung psychiatrisches Gutachten. Kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 1. Mai 2017, IV 2014/390).

Entscheid Versicherungsgericht, 01.05.2017

Entscheid vom 1. Mai 2017

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

Geschäftsnr.

IV 2014/390

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsdienst Inclusion Handicap, Grütlistrasse 20, 8002 Zürich,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente (Abklärung)

Sachverhalt

A.

A.a A.____ erkrankte Ende 2009 an einem multifokalen, invasiv duktalem Mammakarzinom links (Onkologiebericht vom 10. Dezember 2009, IV-act. 9), das am 2./16. Dezember 2009 operativ und medikamentös behandelt wurde (Bericht des Zentrums B.____ vom 9. März 2010, Fremdakten, und Bericht der Medizinischen Klinik des Spitals C.____ vom 14. Juni 2011, IV-act. 10). Die Versicherte wurde am 7. Dezember 2009 durch die behandelnde Dr. med. D.____, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe FMH, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet (IV-act. 1; zum von der Versicherten unterzeichneten Antrag vom 12. Dezember 2009 siehe IV-act. 3). Beantragt wurde eine Perücke wegen Alopezie unter Chemotherapie. Am 21. Dezember 2009 leistete die IV-Stelle Kostengutsprache für Perücken oder anderen Haarerersatz ab 1. Dezember 2009 bis 31. Dezember 2019 (IV-act. 4).

A.b Am 22. September 2011 reichte die Versicherte erneut bei der IV-Stelle eine Anmeldung zum Bezug von Leistungen (Massnahmen der beruflichen Integration/Invalidenrente) ein. Sie gab an, seit 30. November 2009 unter den Nebenwirkungen einer 1 ½-jährigen Chemotherapie sowie einer 5-jährigen Hormontherapie zu leiden (IV-act. 5).

A.c Der behandelnde Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, stellte in einem Bericht vom 14. Januar 2012 die Diagnose einer mittelschweren depressiven Störung mit rezidivierenden Panikattacken, wahrscheinlich im Rahmen einer Anpassungsstörung bei Diagnose eines Mammakarzinoms sowie einer schweren Endometriose Stadium III-IV. Die Arbeitsfähigkeit betrage 50% des ursprünglichen Pensums von 80% seit März 2011 (IV-act. 29).



St.Galler Gerichte

A.d Am 20. Februar 2012 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, es seien auf Grund des instabilen Gesundheitszustandes keine Eingliederungsmassnahmen möglich, und stellte die Prüfung des Anspruchs auf Rentenleistungen im Mai 2012 in Aussicht (IV-act. 35).

A.e Im Verlaufsbericht vom 6. Juni 2012 stellte der behandelnde Dr. E.____ einen unveränderten Gesundheitszustand fest bei Depression und Panikattacken im Rahmen einer Anpassungsstörung bei Mammakarzinom (IV-act. 40). Gemäss eigenen Angaben der Versicherten sei sie zu 80% arbeitstätig; sie habe nie aufgehört zu arbeiten, bis auf jeweils eine Woche auf Grund der Chemotherapie (Telefonnotiz vom 23. November 2012, IV-act. 54).

A.f Am 12. November 2012 wurde die Versicherte einer laparoskopischen Adnexektomie rechts mit Salpingektomie links unterzogen (Brief der Versicherten vom 27. Januar 2013, IV-act. 58, S. 2; IV-act. 48; FI-Assessmentprotokoll vom 21. Februar 2013, IV-act. 64; medizinische Berichte zu diesem Eingriff sind keine aktenkundig).

A.g Die IV-Stelle liess die Versicherte in der Folge durch med. pract. F.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, psychiatrisch begutachten (IV-act. 61). Nach der am 24. Juni 2013 erfolgten psychiatrischen Begutachtung erhob med. pract. F.____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: sonstige spezifische Angststörungen im Sinne einer Angststörung infolge einer Krebserkrankung (ICD-10: F41.8); Verdacht auf Neurasthenie bzw. "tumorbedingtes Fatigue-Syndrom" (ICD-10: F48.0). In der bisherigen Tätigkeit als Büroangestellte/Sachbearbeiterin bestehe wie in anderer, adaptierter Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von höchstens 30-40% bezogen auf ein Vollzeitpensum. Eine weitere Reduktion der Arbeitsunfähigkeit auf unter 20% sei unter adäquater und konsequenter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung zu erwarten. Die Arbeitsunfähigkeit im Haushalt betrage 0% (psychiatrisches Gutachten vom 8. Juli 2013, IV-act. 67).

A.h Am 10. September 2013 sicherte die IV-Stelle der Versicherten Beratung und Unterstützung im Hinblick auf den Erhalt des derzeitigen Arbeitsplatzes zu (IV-act. 76; vgl. Zielvereinbarung vom 5. September 2013, IV-act. 74). Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit konnte nicht erreicht werden (vgl. Verlaufsprotokoll der



Eingliederungsberatung vom 12. Februar 2014, IV-act. 91). Die Versicherte nahm eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bei Dr. med. G.___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Praxis für Psychoonkologie der Krebsliga, auf. Dr. G.___ schätzte die Arbeitsunfähigkeit der Versicherten auf 50% ab 26. November 2013 (Arbeitsunfähigkeitszeugnis vom 11. Februar 2014, IV-act. 90). Da die Versicherte sich nicht mehr als 40% arbeitsfähig fühlte, wurden keine weiteren Eingliederungsmassnahmen in Angriff genommen (Mitteilung vom 14. Februar 2014, IV-act. 93; vgl. im Weiteren Verlaufsprotokoll Eingliederungsberatung 12. Februar 2014, IV-act. 91).

A.i Gestützt auf das psychiatrische Gutachten von med. pract. F.___ vom 8. Juli 2013 (IV-act. 67) ermittelte die IV-Stelle ausgehend von einer Arbeitsfähigkeit von 65% im Erwerbsbereich und einer 100%igen Leistungsfähigkeit im Aufgabenbereich im Rahmen der gemischten Methode (Status: 80%iges Erwerbsspensum; 20%iges Pensum im Aufgabenbereich) einen Gesamtinvaliditätsgrad von 28% (Feststellungsblatt vom 2. April 2014, IV-act. 95). Daraufhin stellte sie der Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (Vorbescheid vom 9. April 2014, IV-act. 97). Die Versicherte erhob dagegen am 27. Mai 2014 Einwand (Datum Posteingang) und bemängelte, die IV-Stelle habe bei der zumutbaren Tätigkeit von 65% die psychische Komponente nicht berücksichtigt (IV-act. 98-2, mit beigelegtem Bericht von Dr. G.___ vom 23. Mai 2014, IV-act. 98-1; vgl. auch die Stellungnahme von Dr. G.___ vom 15. Juli 2014 mit deren Bericht vom 13. Dezember 2013, IV-act. 103). Nachdem das Dossier erneut dem RAD vorgelegt worden war, verfügte die IV-Stelle gemäss Vorbescheid (Verfügung vom 23. Juli 2014, IV-act. 105; vgl. RAD-Stellungnahmen vom 28. Mai 2014, IV-act. 99, und vom 17. Juli 2014, IV-act. 104).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 23. Juli 2014 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 8. September 2014. Die Beschwerdeführerin beantragt unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin die Aufhebung der Verfügung und die Zusprache einer Invalidenrente. Eventualiter sei ihr für die Zeit von März 2012 bis Ende Februar 2013 eine befristete Invalidenrente zuzusprechen. Sie beanstandet, dass die Beschwerdegegnerin sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten



Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 65% und einem Invaliditätsgrad von 28% ausgegangen sei. Auf Grund des tumorbedingten Fatigue-Syndroms sei sie vielmehr lediglich im Umfang von 30-40% arbeits- bzw. leistungsfähig. Zumindest sollte die erhebliche Arbeits- und Leistungsunfähigkeit zwischen März 2011 und Ende November 2012 Anspruch auf Ausrichtung einer befristeten IV-Rente verleihen. Insbesondere sei auf Grund der Verschlimmerung der Symptome der tumorassoziierten Fatigue seit Herbst 2013 eine erneute Überprüfung angezeigt (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 3. November 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie bringt vor, die Grundsätze zum invalidisierenden Charakter einer somatoformen Schmerzstörung seien auf ein tumorassoziiertes Fatigue-Syndrom nicht analog anwendbar und von der psychiatrischen Gutachterin auch nicht herangezogen worden. Im Gutachten vom 8. Juli 2013 habe die Gutachterin die sogenannten Foerster-Kriterien unter dem Gesichtspunkt der ICD-10 Kodierung einer Neurasthenie geprüft, und sie sei zum Schluss gekommen, dass die Kriterien bis auf die chronische körperliche Begleiterkrankung nicht erfüllt seien und somit kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege. Ihr Gutachten sei beweiskräftig. Die angenommene Arbeitsunfähigkeit von 35% sei aus ihrer (der Beschwerdegegnerin) Sicht grosszügig. Die Einschränkungen der Beschwerdeführerin seien leichter Natur. Die tumorassoziierte Fatigue stelle kein eigenständiges Krankheitsbild dar und habe keinen Eingang in den ICD-10 Katalog gefunden. Daher sei es befremdend, dass das Bundesgericht für ein solches Krankheitsbild eine Ausnahme von der Anwendung der Schmerzrechtsprechung vorsehe. Bei einer Neurasthenie müssten die Foerster-Kriterien zur Anwendung kommen (act. G 4).

B.c Mit Replik vom 11. Dezember 2014 stellt die Beschwerdeführerin in Abänderung der in der Beschwerde gestellten Anträge den Eventualantrag einer gerichtlichen Begutachtung und nachträglicher neuer Entscheidung über ihren Rentenanspruch. Zur Begründung führt sie an, die psychiatrische Gutachterin habe die tumorassoziierte Fatigue nicht in ihre psychiatrische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit miteinbezogen und habe diese Erkrankung auf Grund der nicht erfüllten Foerster-Kriterien als nicht relevant bezeichnet. Die Arbeitsunfähigkeit von 30-40% habe die Gutachterin ausschliesslich auf die von ihr unabhängig von der tumorassoziierten Fatigue diagnostizierte



Angststörung bezogen. Der tumorassoziierten Fatigue als Begleitsymptom onkologischer Erkrankungen liege zumindest mittelbar eine organische Ursache zugrunde, so dass die analoge Anwendung der Grundsätze zum invalidisierenden Charakter somatoformer Schmerzstörungen nicht gerechtfertigt sei (act. G 6).

B.d Auf eine Duplik hat die Beschwerdegegnerin verzichtet (Schreiben vom 19. Dezember 2014, act. G 8).

Erwägungen

1.

Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

1.1 Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) versicherte Personen, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Als Invalidität gilt gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.2 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

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

1.4 Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a).

2.

Vorab ist die Frage zu beantworten, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zulässt.

2.1 Die Beschwerdegegnerin stützt ihre Verfügung vom 23. Juli 2014 auf das psychiatrische Gutachten von med. pract. F.____ vom 8. Juli 2013 (IV-act. 67). Darin diagnostizierte diese mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sonstige spezifische



Angststörungen (ICD-10: F41.8) im Sinne einer Angststörung infolge einer Krebserkrankung und einen Verdacht auf Neurasthenie bzw. „tumorbedingtes Fatigue-Syndrom“ (ICD-10: F48.0; IV-act. 67-18). Die seit Frühjahr 2011 beschriebenen wiederholten Panikattacken hätten sich auf spezifische Situationen oder besondere Umstände im Rahmen ihrer Krebserkrankung und Behandlung bezogen. Eine Panikstörung könne nach ICD-10 nur diagnostiziert werden, wenn sich wiederkehrende schwere Angstattacken "nicht auf eine spezifische Situation oder auch besondere Umstände beschränken und deshalb nicht vorhersehbar sind" (IV-act. 67-16). Eine depressive Symptomatik habe aktuell nicht mehr festgestellt werden können. Die Arbeitsunfähigkeit betrage seit Beginn der Erkrankung höchstens 30-40% bezogen auf ein Vollpensum in angestammter und in adaptierter Tätigkeit. Im Haushalt bestehe bei freier Zeiteinteilung eine Arbeitsunfähigkeit von 0%. Es sei retrospektiv aus gutachterlicher psychiatrischer Sicht anzunehmen, dass zu keiner Zeit eine andauernde Arbeitsunfähigkeit von mehr als 30-40 % bestanden habe (IV-act. 67-19).

2.2 In psychiatrischer Hinsicht bestreitet die Beschwerdeführerin den Beweiswert des Gutachtens von med. pract. F.____, indem sie darauf hinweist, die Gutachterin habe das tumorbedingte Fatigue-Syndrom nicht in die psychiatrische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit miteinbezogen, sondern ihre Einschätzung ausschliesslich mit der unabhängig von der tumorassoziierten Fatigue diagnostizierten Angststörung begründet (act. G 6, Rz 1). Die Beschwerdeführerin wirft der Gutachterin des Weiteren vor, ihrer Beurteilung unzulässigerweise die Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen zugrunde gelegt zu haben (act. G 1, Rz 4).

2.2.1 Das Bundesgericht hat im Zusammenhang mit der tumorassoziierten Fatigue (Cancer-related Fatigue [CrF]) Folgendes ausgeführt: Krebsbedingte Fatigue ist ein multidimensionales Syndrom, unter dem die Mehrheit der Krebspatientinnen und -patienten während der Therapie leidet. Die CrF kann viele Jahre nach Therapieabschluss andauern und wird durch physische, psychologische und auch soziale Faktoren beeinflusst. Alle Erklärungsmodelle zur Ursache und Entstehung von Müdigkeits- und Erschöpfungssyndromen gehen von komplexen und multikausalen Vorgängen aus. Bei der tumorassoziierten Fatigue können diese durch den Tumor bedingt oder Folge der Therapie, aber auch Ausdruck einer genetischen Disposition, begleitender somatischer oder psychischer Erkrankungen, wie auch verhaltens- oder



umweltbedingter Faktoren sein. [...] (BGE 139 V 347 E. 3.2 mit Hinweisen auf die medizinische Literatur). Ursachen und Entstehung der CrF sind demnach nach derzeitigem Forschungsstand nicht ganz geklärt. Es besteht in der medizinischen Fachwelt aber Einigkeit darüber, dass sie komplex sind und, wie dargelegt, somatische, emotionale, kognitive und psychosoziale Faktoren zusammenspielen. Die CrF kann - auch wenn zugrunde liegende internistische oder psychiatrische Erkrankungen behandelt worden sind - in 30 bis 40% noch längere Zeit nach Therapieabschluss andauern. Sie wird in Zusammenhang gebracht mit der Krankheitsverarbeitung oder langfristigen Anpassungsproblemen. Sie wird aber auch als mögliche Spätfolge der Therapie im Bereich von Störungen des Stoffwechsels oder der psychovegetativen Selbstregulation des Körpers gesehen (BGE 139 V 348 E. 3.3). Definitionsbedingt tritt die CrF immer in Zusammenhang mit einer Krebserkrankung auf. Ein Hinweis auf die Einordnung in die somatoformen Störungen findet sich in der medizinischen Literatur nicht. Damit grenzt sich die tumorassoziierte Fatigue auch klar vom Chronic Fatigue Syndrome (CFS; ICD-10: G93.3) als eigenständiges Krankheitsbild ab, wenngleich die tumorassoziierte Fatigue noch nicht als eigene Krankheitsentität Eingang in die ICD gefunden hat. Es bestehen aber von der Fatigue-Coalition definierte Diagnosekriterien analog zu ICD-10-Kriterien. Als Begleitsymptom onkologischer Erkrankungen und ihrer Therapie liegt der CrF zumindest mittelbar eine organische Ursache zugrunde, weshalb es sich nicht rechtfertigt, sozialversicherungsrechtlich auf die tumorassoziierte Fatigue die zum invalidisierenden Charakter somatoformer Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze analog anzuwenden (BGE 139 V 348 E. 3.4 mit Hinweisen).

2.2.2 Med. pract. F.____ hat die Ansicht vertreten, ein tumorbedingtes Fatigue-Syndrom bzw. tumorbedingtes Erschöpfungssyndrom sei als eine Neurasthenie (ICD-10: F48.0) zu kodieren, weshalb sich die „letztlich juristische Frage“ der zumutbaren Willensanstrengung nach den Förster-Kriterien zu beurteilen habe (IV-act. 67-17). An dieser Sichtweise bestehen im Licht von BGE 139 V 346 und mangels einer näheren Begründung von med. pract. F.____ erhebliche Zweifel. Allerdings erübrigen sich Weiterungen hierzu sowie zur mit BGE 141 V 281 begründeten Praxisänderung (Aufgabe der Überwindbarkeitsvermutung und der Förster-Kriterien), da durch die gutachterliche Stellungnahme zu den Förster-Kriterien für sich allein die Beweiskraft der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht erschüttert wird. Entscheidend



ist nämlich, dass med. pract. F.____ es im Gutachten dabei belassen hat, Ausführungen zu den einzelnen Förster-Kriterien vorzunehmen, ohne daraus Schlüsse auf die psychiatrisch-gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung zu ziehen (IV-act. 67-17). Sie hat der Diagnose „Verdacht auf Neurasthenie bzw. «tumorbedingtes Fatigue-Syndrom» (ICD-10: F48.0)“ ausdrücklich eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen (IV-act. 67-18). Insoweit erweist sich das Vorbringen der Beschwerdeführerin, med. pract. F.____ habe allein der diagnostizierten Angststörung eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen (act. G 6, Rz 1), als aktenwidrig. Bei der quantitativen und qualitativen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigte med. pract. F.____ (leichte) Einschränkungen in der Stress- und Frustrationstoleranz, der emotionalen Belastbarkeit sowie der Ausdauer (IV-act. 67-13 und -17 unten) und bescheinigte immerhin eine 30 bis 40%ige Arbeitsunfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten (IV-act. 67-19). Damit hat sie dem tumorbedingten Fatigue-Syndrom bzw. dem damit verbundenen Erschöpfungszustand (vgl. auch betreffend die von der Beschwerdeführerin geklagte vermehrte Erschöpfung IV-act. 67-17 oben) sowie den erhobenen Befunden (IV-act. 67-12 f.) vollumfänglich Rechnung getragen. Im Rahmen der Stellungnahme zu früheren ärztlichen Einschätzungen hat med. pract. F.____ die Divergenzen zudem nicht mit der Prüfung der Förster-Kriterien, sondern damit begründet, dass die behandelnden medizinischen Fachpersonen hauptsächlich auf die subjektiven Leidensangaben der Beschwerdeführerin abgestellt und psychosoziale Belastungsfaktoren zu stark gewichtet hätten (IV-act. 67-20 f.).

2.3 Des Weiteren spricht die Beschwerdeführerin mit Verweis auf die Stellungnahmen der seit 26. November 2013 behandelnden Dr. G.____ der gutachterlichen Einschätzung von med. pract. F.____ jeglichen Beweiswert ab.

2.3.1 In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass ein den Beweisanforderungen grundsätzlich genügendes medizinisches Gutachten (BGE 125 V 351 f. E. 3a und b) nicht in Frage gestellt werden kann und Anlass zu weiteren Abklärungen besteht, wenn und sobald die behandelnden medizinischen Fachpersonen nachher zu einer unterschiedlichen Beurteilung gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht werden, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben waren und die geeignet sind, zu einer



anderen Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juli 2008, 9C_830/2007, E. 4.3 mit Hinweisen). Ferner kann eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet der begutachtenden psychiatrischen Fachperson daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte oder die Expertin lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 5. März 2009, 8C_694/2008, E. 5.1.1).

2.3.2 Med. pract. F.____ hat ausgeführt, seit Frühjahr 2011 seien von der Beschwerdeführerin wiederholt Panikattacken beschrieben worden. Diese hätten sich aber auf spezifische Situationen oder auf besondere Umstände im Rahmen ihrer Krebserkrankung und -behandlung bezogen (IV-act. 67-16). Aktuelle Panikattacken hat sie nicht festgestellt (IV-act. 67-15). Ohne nähere Auseinandersetzung mit den gutachterlichen Ausführungen diagnostiziert Dr. G.____ eine Panikstörung (ICD-10: F41.0) und hält die von der Beschwerdeführerin geklagten Angstzustände und Panikattacken (IV-act. 103-2) für situationsungebunden auftretend (vgl. Schreiben vom 23. Mai 2014, IV-act. 98, vom 15. Juli 2014, IV-act. 103-1, und Stellungnahme vom 13. Dezember 2013, IV-act. 103, S. 2 f.). Allerdings geht Dr. G.____ an anderer Stelle davon aus, dass die Panikstörung als "Folge der Krebserkrankung und der begleitenden Therapien zu sehen" sei (IV-act. 103-2). Die Beschwerdeführerin gab sodann an, zunächst unter der Chemotherapie Beschwerden entwickelt zu haben (IV-act. 103-2), womit nicht ohne Weiteres von "situationsungebundenen" Symptomen die Rede sein kann. Demnach scheint es vielmehr plausibel, dass die Angst- und Panikzustände nicht losgelöst von einer konkreten Situation, sondern im Zusammenhang mit den durchgemachten körperlichen Erkrankungen auftraten. Inzwischen sind sie sowohl nach Einschätzung der Gutachterin als auch den Angaben der Beschwerdeführerin (IV-act. 103-3: es sei in den letzten eineinhalb Jahren zu einer Symptomreduktion gekommen) zurückgegangen. Ausserdem ergeben sich aus der abweichenden Beurteilung der Situationsabhängigkeit der Panikattacken durch Dr. G.____ keine für die Arbeitsfähigkeit relevanten objektiven Gesichtspunkte, die med. pract. F.____ im Rahmen der von ihr berücksichtigten Angstsymptomatik (IV-act. 67-16) bzw. von ihr diagnostizierten Angststörung (IV-act. 67-18) ausser Acht gelassen hätte oder die Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung begründen. Deshalb kann letztlich offen



bleiben, ob die geschilderte Symptomatik als Angst- oder Panikstörung zu diagnostizieren ist.

2.3.3 Überdies fehlt den Berichten von Dr. G.____ eine eingehende und nachvollziehbare Begründung ihrer vom Gutachten abweichenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Die Aussagen von Dr. G.____ scheinen hauptsächlich auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin zu beruhen ("Die Patientin beschreibt Angstzustände und Panikattacken [...]", IV-act. 103-2; „[...] hat einen hohen Leidensdruck“, IV-act. 103-1). Hinsichtlich der kognitiven Leistungsfähigkeit belies es Dr. G.____ im Rahmen der Befunderhebung bei der Angabe „Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen subjektiv“ (IV-act. 103-3) und dies, obschon gerade in diesem Zusammenhang von med. pract. F.____ erhebliche Diskrepanzen zwischen den Angaben der Beschwerdeführerin und dem klinischen Eindruck während der dreistündigen Exploration festgestellt wurden (IV-act. 67-13). Die Grundlage für die Befunde „ausgeprägte starke Erschöpfung und zeitweilig Energielosigkeit“ (IV-act. 103-3) wird ebenfalls nicht näher erläutert. Sie scheinen hauptsächlich auf den Leidensangaben der Beschwerdeführerin zur schnellen Erschöpfbarkeit und reduzierten Belastbarkeit zu beruhen (IV-act. 103-2). Eine von den subjektiven Leidensangaben unabhängige objektive Ressourcenbeurteilung durch Dr. G.____ ist jedenfalls nicht erkennbar. Sie hat sich zudem nicht mit dem von med. pract. F.____ beschriebenen eigenwillig anmutenden Krankheitskonzept der Beschwerdeführerin sowie deren inadäquatem Schonverhalten (IV-act. 67-13; siehe zur Selbstlimitierung IV-act. 67-16 und zur kritischen gutachterlichen Stellungnahme zur Selbsteinschätzung IV-act. 67-20) auseinandergesetzt. Relevante objektive Gesichtspunkte, die med. pract. F.____ ausser Acht gelassen hätte, gehen aus ihren Ausführungen nicht hervor. Bei der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung von Dr. G.____ handelt es sich demnach lediglich um eine vom Gutachten abweichende Würdigung desselben Sachverhalts. Insgesamt vermag sie die fundierte gutachterliche Einschätzung nicht in Frage zu stellen.

2.4 Gesamthaft gesehen erscheint das psychiatrische Gutachten vom 8. Juli 2013 (IV-act. 67) schlüssig und widerspruchsfrei. Es legt den Zusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und den objektiv erhobenen Befunden einleuchtend dar. Med. pract. F.____ hat sich darin mit den bestehenden medizinischen Stellungnahmen und der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin nachvollziehbar auseinandergesetzt.



Ferner hat RAD-Ärztin Dr. H.____ das Gutachten für umfassend und nachvollziehbar beurteilt (Stellungnahme vom 16. Juli 2013, IV-act. 68). Sowohl sie als auch RAD-Arzt Dr. med. I.____, Facharzt für Innere Medizin, Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, (Stellungnahme vom 28. Mai 2014, IV-act. 99) schlossen sich der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten sowie in leidensangepasster Tätigkeit an.

2.5 Gestützt auf das Gutachten von med. pract. F.____ ist - auch retrospektiv - davon auszugehen, dass aus psychiatrischer Sicht keine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit von mehr als 30 bis 40% (IV-act. 67-19) bzw. von mehr als dem Mittelwert von 35% (zur Massgabe des Mittelwerts siehe Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2009, 9C_193/2009, E. 1.3.1 mit Hinweis) und keine länger dauernde Einschränkung im Aufgabenbereich bestanden hat. Für die im Schreiben vom 23. Mai 2014 erwähnte erneute „Verschlimmerung der Symptome“ (IV-act. 98-1) bestehen keine objektiven Anhaltspunkte. Solche ergeben sich insbesondere auch nicht aus dem Schreiben von Dr. G.____ vom 15. Juli 2014 (IV-act. 103-1) oder deren Bericht vom 13. Dezember 2013 (IV-act. 103-2 f.). Aus letzterem geht lediglich hervor, dass sich die Beschwerdeführerin „im Moment“ aufgrund des laufenden IV-Verfahrens „sehr unter Druck“ gesetzt fühle (IV-act. 103-2). Die Beschwerdeführerin hat in damit zu vereinbarender Weise im Einwand vom 27. Mai 2014 (Datum Posteingang) keine gesundheitliche Verschlechterung ins Feld geführt (IV-act. 98-2). Weitere medizinische Abklärungen für die Zeit nach der Begutachtung vom 24. Juni 2013 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 23. Juli 2014 erübrigen sich deshalb.

2.6 Aus somatischer Sicht gilt es zu beachten, dass die Beschwerdeführerin trotz der Krebserkrankung bis Juni 2011 nicht an einer längerdauernden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit litt (IV-act. 67-14 unten). Gemäss Bericht des Zentrums B.____ vom 7. Dezember 2011 (IV-act. 27) ergab eine Nachsorgekonsultation keinen Hinweis auf Tumorrezidive (es finden regelmässige Kontrollen statt, IV-act. 64-2). RAD-Ärztin Dr. med. J.____, Praktische Ärztin FMH, erwähnt - nach Telefonat mit dem behandelnden Dr. K.____ - eine somatische Situation mit unauffälligen Tumornachkontrollen (vgl. Stellungnahme vom 23. August 2012, IV-act. 42, und die weitere Stellungnahme von RAD-Ärztin Dr. med. H.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 3. Dezember 2012, IV-act. 56). Spätere Berichte der behandelnden Ärzte und Ärztinnen



ergeben keine Hinweise auf ein verbleibendes relevantes körperliches Leiden. So äussert sich Dr. E.____ in einem Bericht vom 14. Januar 2012 (IV-act. 29) ausschliesslich zur psychischen Situation; in einem weiteren Bericht vom 6. Juni 2012 (IV-act. 40) erwähnt er im Weiteren eine Depression und Panikattacken im Rahmen einer Anpassungsstörung bei Mammakarzinom bei unverändertem Zustand. Gesamthaft betrachtet ergeben die medizinischen Akten keine Hinweise auf ein Rezidiv oder anderweitige somatische Beschwerden. Vor diesem Hintergrund kann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht nicht während einer längeren Zeit in ihrer Erwerbsfähigkeit bzw. der Fähigkeit, den Haushalt zu besorgen, beeinträchtigt gewesen ist.

3.

Bei der Ermittlung des Invaliditätsgrads kann der Status der Beschwerdeführerin offen bleiben. Denn selbst wenn sie zu ihren Gunsten als vollzeitlich Erwerbstätige qualifiziert würde, resultierte im Rahmen eines Einkommensvergleichs bei einer 35%igen Arbeitsunfähigkeit kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Die genaue Bestimmung der massgebenden Vergleichseinkommen kann vorliegend ebenfalls offen bleiben, weil die angestammte Tätigkeit als Büroangestellte/Sachbearbeiterin einer leidensangepassten Tätigkeit entspricht (IV-act. 67-19). Ein Tabellenlohnabzug ist nicht zu gewähren, da die im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung knapp 40-jährige Beschwerdeführerin sich nicht in einem neuen Beruf bestätigen muss, sondern in angestammter Tätigkeit arbeiten und somit auch auf ihre früheren Erfahrungen zurückgreifen kann. Zudem sind auch keine anderweitigen Abzugsgründe ersichtlich. Die Beschwerdeführerin macht denn auch keinen Tabellenlohnabzug geltend. Im Rahmen eines Prozentvergleichs resultiert ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 35%.

4.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. 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. 1bis IVG).



St.Galler Gerichte

Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihr daran anzurechnen. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Der von ihr bereits geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe wird daran angerechnet.

3.

Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.