

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/59 vom 3. Mai 2018

Sg Versicherungsgericht, 2018-05-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2016_59

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/59 du 3 mai 2018

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/59 del 3 maggio 2018

Regeste

Polydisziplinäres Gutachten. Mögliche Überschneidung von neurologischen und psychiatrischen Ursachen bei beklagtem Anfallsleiden. Notwendigkeit der ergänzenden Abklärung im Hinblick auf eine (allfällige) Sicherung der Diagnose einer Epilepsie und - was psychiatrische Leiden betrifft - gegebenenfalls einer Objektivierung der Beschwerden durch Auseinandersetzung mit den Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281.

Abklärung eines allfälligen Verlaufs der Gesundheitsschäden (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. Mai 2018, IV 2016/59).

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

2.1 Nach Art. 28 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. 2.2 Für die Invaliditätsbemessung sind zunächst die medizinischen Vorbedingungen von Bedeutung. Der Arzt sagt, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist (vgl. BGE 107 V 17 = ZAK 1982 S. 34). Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beschreiben und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind im Weiteren eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132 V 99 f. E. 4, BGE 141 V 281 E. 5.2.1). 2.3 Die Rechtsanwender überprüfen die ärztlichen bzw. gutachterlichen Angaben nach der Rechtsprechung (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2.2) frei, insbesondere darauf hin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (vgl. Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG).

E. 3

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

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

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

3.4 Im Gutachten wurde gemeinsam festgehalten, dass die Beschwerdeführerin darin tatsächlich Hilfe benötige, dass eine Reduktion der Anfallsfrequenz und eine gewisse Stabilität ihres Zustandsbildes sich aus (interdisziplinär) neurologischer und psychiatrischer Sicht betrachtet nicht allein durch medikamentöse Massnahmen, sondern vor allem durch eine sehr gute und konsequente Veränderung in der psychosozialen Struktur ihres Umfeldes

und zusätzliche medizinische (auch alternative medikamentöse) und psychotherapeutische Massnahmen erreichen lassen würden (vgl. IV-act. 35-17).

E. 4

4.1 Bei der Begutachtung, auf welcher die oben erwähnte neurologische Beurteilung basiert, waren unter anderem Hirnnerven-, muskuloskelettaler und Reflex-Status sowie Sensibilität und Motorik geprüft, Stand- und Gangproben gemacht und der klinisch-neuropsychologische Befund erhoben worden. Der Gutachter der Neurologie ging davon aus, dass seit dem 16. Lebensjahr bei der Beschwerdeführerin eine Epilepsie (er selbst bezeichnet sie in der Diagnose wie erwähnt als kryptogenetisch) bestehe. Diese habe nach Angaben des Epilepsie-Zentrums auch in der Tat objektiviert werden können; es habe eine entsprechende EEG-Pathologie nachgewiesen werden können. 4.2 Als Beurteilung des fachärztlichen Gutachters besitzt diese Feststellung erhebliches Gewicht. Zudem hatte der für das Schweizerische Epilepsie-Zentrum berichtende Arzt damals (im Januar 2010) festgehalten, keinen Zweifel an der Diagnose einer Epilepsie zu haben. Jener Bericht basierte auf einer (lediglich) einmaligen Untersuchung der Beschwerdeführerin, einem EEG (mit mässigen unspezifischen Verlangsamungsherden, Auftreten von spike-Komplexen und sehr häufig diffus bilateral irregulärer spike wave- bzw. polyspike wave-Aktivität und einmaliger Unterbrechung der Tätigkeit während einer zwei Sekunden dauernden bilateralen Entladung) und der Anamnese. Es ist zudem darauf hinzuweisen, dass im Bericht gleichwohl ein Anhaltspunkt für Zweifel beschrieben worden ist. Nicht zuletzt weil sich unter Lamotrigin die Beschwerden eher verschlechtert als verbessert hätten, bestehe eine Skepsis gegenüber der Epilepsie-Diagnose. Es ergibt sich aus dem Bericht auch, dass noch eine definitive Sicherung der Diagnose der Epilepsie (und eine Syndromdiagnose) für erforderlich gehalten und (während einer Hospitalisation für maximal zwei Wochen) eine längerdauernde Abklärung (EEG-Langzeit-Ableitungen und neuropsychologische Untersuchungen) vorgeschlagen wurde (IV-act. 3). Solche ergänzenden Abklärungen haben bis anhin nach der Aktenlage nicht stattgefunden. Im Rahmen des neurologischen Gutachtens waren sie nicht möglich; eigene apparative Abklärungen hat der Gutachter der Neurologie nicht veranlasst. Er gab bekannt, auf tatsächlich echte ictale Ereignisse würden die Beobachtung von Zungenbissen und die Verletzungen in den Anfällen sowie die protrahierte Reorientierungsphase hindeuten (vgl. IV-act. 35-15). Diesbezüglich fragt sich, ob diese Anhaltspunkte ausreichend objektiviert worden sind. - Die (jüngeren) EEG des Universitätsspitals O. ___ haben nach der Aktenlage teilweise pathologische Befunde gezeigt (am 11. September 2013 und am 31. Juli 2014 - im Unterschied zu jenem vom 22. Juli 2014 - etwa intermittierende Herdbefunde und Zeichen einer Übererregbarkeit), jedoch wird gegebenenfalls lediglich von epilepsieverdächtigem Ablauf bzw. -verdächtigen Potenzialen berichtet (IV-act. 60-4, 72-2). Ein cerebrales MRT vom 18. September 2013 fiel normal aus, ein Korrelat des epileptogenen Fokus frontal rechts fand sich nicht (IV-act. 60-3). Dazu kommt, dass die Diagnose einer Epilepsie nach der Aktenlage (IV-act. 2-1) einmal ausgeschlossen worden ist. Berichte des betreffenden Neurologen Dr. B. ___ sind in den Akten allerdings nicht zu finden. 4.3 Es zeigt sich ausserdem, dass aus Sicht des Gutachters der Neurologie jedenfalls die Annahme zu treffen war, dass zusätzlich auch psychogene Anfälle auftraten. In diesem Zusammenhang wurde auf den Umstand hingewiesen, dass während der Anfälle die Augen teilweise auch geschlossen gewesen seien (IV-act. 35-27). 4.4 Die Beschwerdeführerin selbst ist der Auffassung, dass ihre Epilepsie allein durch die psychische Situation hervorgerufen werde (davon sei sie auch durch sachliche Einwände nicht abzubringen; IV-act. 35-22). Sie beschrieb im Übrigen bei

der Begutachtung auch ein Sturzereignis mit nicht-epileptischer Ursache (vgl. IV-act. 35-21). 4.5 Es drängt sich vorliegend demnach auf, eine ergänzende Abklärung mit dem Ziel der medizinisch (vom Schweizerischen Epilepsie-Zentrum) vorgeschlagenen, aber bis anhin ausgebliebenen Sicherung (oder Verwerfung) der somatischen Diagnose einer epileptischen Erkrankung zu veranlassen. Eine ergänzende diagnostische Abklärung erübrigt sich vorliegend nicht etwa infolge des finalen Charakters der Invalidenversicherung (vgl. dazu unten E. 7.1).

E. 5

5.1 Der Gutachter der Psychiatrie hatte ebenfalls die Befunde erhoben. Es hätten eine leicht gehobene Stimmung und ein lebhafter Antrieb mit Rededrang bestanden. Die Primärpersönlichkeit habe den Eindruck von Ängstlichkeit und Unsicherheit vermittelt. Es sei von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung und einer relevanten Angststörung auszugehen. Dabei hätten sich auch abhängige, asthenische, depressive, emotional instabile sowie unreife und vermeidende Anteile gefunden. In Bezug auf ICF hätten sich keine erkennbaren, in der Untersuchung reproduzierbaren Einbussen der kognitiven Fähigkeiten ergeben, doch bestehe eine eingeschränkte Durchhaltefähigkeit mit Neigung zu aggressiven Ausbrüchen in Stresssituationen und Tendenzen zu Selbstschädigung durch exzessiven Alkoholenuss (die Beschwerdeführerin hatte angegeben, der Alkoholkonsum habe zweieinhalb Jahre vor der Begutachtung massiv zugenommen, vgl. IV-act. 35-10; für die Zeit der Begutachtung war das Ausmass nicht mehr quantifiziert, vgl. IV-act. 35-8, bzw. ein Konsum verneint worden, vgl. IV-act. 35-26). Es bestünden Funktionsbeeinträchtigungen des Temperaments und Störungen der umweltbezogenen und der personenbezogenen Kontextfaktoren (teilweise Non-Compliance bei Medikation; zwar abgeschlossene Berufsausbildung, aber unzureichende Berufserfahrung), teilweise übertriebene, fast hypochondrisch anmutende, teils zu geringe Krankheitseinsicht mit Unbekümmertheit (speziell bezüglich des somatischen Leidens). 5.2 Nach der jüngsten bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 143 V 418 E. 7.1 f.) sind grundsätzlich (bei Ausnahmen nach dem jeweiligen Beweisbedarf) sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen, denn bei sämtlichen psychischen Störungen bestehen trotz variierender Prägnanz der erheblichen Befunde im Wesentlichen vergleichbare Beweisprobleme. Für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sind nach dem genannten BGE 141 V 281 in der Regel diverse Standardindikatoren beachtlich, die in zwei Kategorien systematisiert werden, nämlich einerseits in der Kategorie des funktionellen Schweregrads und andererseits in jener der Konsistenz. Zum funktionellen Schweregrad sind die Komplexe "Gesundheitsschädigung" (mit den Aspekten der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, des Behandlungs- und Eingliederungserfolgs oder der entsprechenden Resistenz und der Komorbiditäten), "Persönlichkeit" (mit Persönlichkeitsdiagnostik und persönlichen Ressourcen) und "Sozialer Kontext" zu berücksichtigen. In der Kategorie der Konsistenz geht es um Gesichtspunkte des Verhaltens, namentlich um eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und um behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1.3). Soweit die festgestellte Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht oder unter dem Einfluss der Folgen der Erzielung eines sekundären Krankheitsgewinns steht (der rechtlich grundsätzlich unbeachtlich zu bleiben hat, vgl. BGE 130 V 352), liegt nach der Rechtsprechung regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Hinweise darauf ergeben sich (im Zusammenhang mit einer

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

E. 5.3

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

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

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

5.3.4 In Bezug auf die Frage, inwiefern behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ein Leidensdruck erkennbar geworden ist, fällt auf, dass die Compliance der Beschwerdeführerin zeitweise fehlte oder mangelhaft war, sie nämlich Untersuchungen abgelehnt und medikamentöse Behandlungen abgelehnt oder abgesetzt hat (vgl. IV-act. 2-1, 2-3, 3-1, 12-2, IV-60-4, 73-2 und 94-4; erstmals verwertbarer Lamotrigin-Serumspiegel IV-act. 16-1). Sie gab bei der neurologischen Begutachtung an, sie habe wegen ihres ausgesprochen schlechten Selbstwertgefühls nicht gewagt, bei den Ärzten zu fragen, ob die Medikamente wirken oder sogar zur Verschlechterung führen würden (vgl. IV-act. 35-24). Bei der Begutachtung wurden - soweit ersichtlich - keine Serumspiegelmessungen veranlasst. Bei der

neurologischen Begutachtung gab die Beschwerdeführerin des Weiteren an, sie stehe seit ihrem zwölften Lebensjahr bei Psychiatern in Behandlung, seit dem sechzehnten auch bei den Neurologen (vgl. IV-act. 35-26), bei der psychiatrischen Begutachtung erklärte sie, seit dem zwölften Lebensjahr (bzw. mit zwölf Jahren bereits) bei einem Psychiater in Behandlung gestanden zu haben und mit dreizehn Jahren sogar in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert gewesen zu sein, wobei sie aber nicht mehr genau wisse, wo das gewesen sei (vgl. IV-act. 35-10). Nach Angaben des ab März 2006 behandelnden Neurologen Dr. C.____ war, jedenfalls was die Behandlung durch ihn selbst betrifft, ein Unterbruch von mehr als drei Jahren zu verzeichnen gewesen (von November 2007 bis März 2011). Vorakten zu psychiatrischen Behandlungen vor Oktober 2010 liegen bis anhin nicht vor. Welche Intensität die Behandlung bei Prof. P.____ hatte, ist, wie die Beschwerdegegnerin zu Recht festhält, ebenfalls (noch) nicht ersichtlich. Dem Gutachter der Psychiatrie gegenüber gab die Beschwerdeführerin an, sie habe alles unternommen, die gesundheitlichen Störungen zu überwinden, sei jedoch immer wieder - auch von den Ärzten - enttäuscht worden, deswegen habe sie diese gewechselt. Erst in letzter Zeit gelinge es ihr, durch Ruhe die Anfälle einzudämmen. Andere Hilfen seien nicht möglich bzw. hätten bislang nicht gefruchtet (vgl. IV-act. 35-1). Zur erwerblichen Seite gab die Beschwerdeführerin bei der Begutachtung im Übrigen an, nach der zweijährigen Ausbildung habe sie sich erfolglos um Stellen beworben. Zwischendurch seien erneut mehrere Anfälle erfolgt. Es sei besser für sie, keiner Beschäftigung nachzugehen (vgl. IV-act. 35-9). - Erst nach ergänzenden Abklärungen zu den vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen wird das Verhalten der Beschwerdeführerin in Bezug auf die (somatischen und/oder psychiatrischen) Behandlungen abschliessend gewürdigt werden können. Zu berücksichtigen sein werden aber auch diesbezüglich wie erwähnt nur gesundheitsbedingte Hindernisse, die auch bei zumutbarer Anstrengung nicht überwunden werden können. 5.4 Auch unter psychiatrischem Aspekt besteht nach dem Dargelegten im Hinblick auf das Erreichen einer höheren Objektivierung Bedarf an einer weiteren Abklärung.

E. 6

6.1 Zwar ist, was den diagnostischen Teil der ungeklärten Fragen betrifft, einzuräumen, dass für die Invalidenversicherung als finale Versicherung nicht die Diagnose als solche entscheidend ist, sondern es auf die Auswirkungen der gesundheitlichen Schädigungen auf die Leistungsfähigkeit ankommt. Dennoch kann die Genese einer Schädigung für die ärztliche Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit und die Beurteilung des Anspruchs auf eine Rente durchaus bedeutsam sein (beispielsweise die Verursachung durch Unfall oder degeneratives Geschehen für die Nachvollziehbarkeit von geklagten Beschwerden, vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 3. November 2003, I 5/03 E. 3.2). Vorliegend ist zu berücksichtigen, dass die Ursache der attestierten Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit insofern relevant ist, als einerseits hinsichtlich der psychiatrischen Leiden nach der Rechtsprechung wie erwähnt Augenmerk auf verschiedene Standardindikatoren zu legen ist, und als die Ursachen (somatisch oder psychiatrisch) andererseits (nebst der Behandlung) für Anforderungen an eine allfällige Mitwirkung der Beschwerdeführerin von Bedeutung sein können. 6.2 Zusammenfassend ist eine ergänzende medizinische Abklärung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, namentlich im Sinn einer ergänzenden Sicherung der Diagnosestellungen (die nach der Aktenlage einen längeren Beobachtungszeitraum erfordern) und, was psychiatrische Leiden betrifft, gegebenenfalls einer

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

E. 7

7.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde insofern gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 29. Januar 2016 aufzuheben und die Sache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. 7.2 Eine Rückweisung stellt praxisgemäss aus prozessualer Sicht ein vollständiges Obsiegen dar (vgl. BGE 137 V 57), weshalb es sich rechtfertigt (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP/SG, sGS 951.1), der Beschwerdegegnerin die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert (vgl. Art. 69 Abs. 1bis IVG) auf Fr. 600.-- festzusetzenden Gerichtskosten aufzuerlegen. Die am 21. März 2016 bewilligte unentgeltliche Rechtspflege braucht nicht in Anspruch genommen zu werden. 7.3 Die Beschwerdeführerin hat zulasten der Beschwerdegegnerin Anspruch auf eine nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessende Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG). Diese ist auf Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen. Entscheid 1. Die Beschwerde wird insofern gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung vom 29. Januar 2016 aufgehoben und die Sache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. 2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- zu bezahlen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.