

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/234 vom 25. Juni 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-06-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_234

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/234 du 25 juin 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/234 del 25 giugno 2021

Regeste

Art. 28 Abs. 1 IVG. Art. 17 Abs. 1 ATSG. Invalidenrente. Revision. Die ursprünglich ausgerichtete ganze Rente wurde auf Grund der IV-Revision 6a aufgehoben, worauf sich die Beschwerdeführerin erneut zum Rentenbezug anmeldete. Anhand der Indikatorenprüfung ist eine revisionsrechtlich relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands ausgewiesen. Es ist auf das Gutachten abzustellen, das aus psychischen Gründen von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in adaptierten Tätigkeiten ausgeht (E. 2.4 - 2.9). Das Wartejahr ist erneut zu bestehen (E. 3.2) (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. Juni 2021, IV 2019/234).

Volltext

Entscheid vom 25. Juni 2021 Besetzung Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Karin Huber-Studerus und Marie Löhner; Gerichtsschreiber Jürg Schutzbach Geschäftsnr. IV 2019/234 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Martin Boltshauer, c/o Procap Schweiz, Frohburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich am 10. Oktober 2000 erstmals zum Bezug von IV-Leistungen an (act. G 5.1/2). Gestützt auf ein Gutachten der MEDAS Ostschweiz vom 21. November 2001 sprach die IV-Stelle St. Gallen der Versicherten mit Verfügung vom 9. Januar 2003 auf Grund der Auswirkungen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode mit somatischen Symptomen sowie eines diffusen, praktisch generalisierten chronischen Schmerzsyndroms mit vielen vegetativen Begleitbeschwerden mit Wirkung ab dem 1. Dezember 2000 eine halbe Invalidenrente zu (Invaliditätsgrad 42 %, Härtefall [act. G 5.1/15 und 34]). Auf Grund einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustands und eines nunmehrigen Invaliditätsgrads von 100 % wurde der Versicherten ab 1. Dezember 2002 eine ganze Rente ausgerichtet (Verfügung vom 28. Mai 2003 [act. G 5.1/47]). Diese Rentenhöhe war in zwei Revisionen vom August 2006 und August 2009 bestätigt worden (act. G 5.1/56 und 65), bevor die IV-Stelle der Versicherten am 17. Januar 2013 und 3. April 2013 mitteilte, zur Klärung der Leistungsansprüche sei eine umfassende medizinische Untersuchung nötig (IV-Revision 6a; act. G 5.1/76 und 81). Im polydisziplinären Gutachten (Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie und Rheumatologie) vom 5. August 2013 diagnostizierte die SMAB AG Swiss Medical Assessment- and Business-Center, St. Gallen, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Erkrankung (F62.1). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (als Hilfsmonteurin) diagnostizierten die Experten unter anderem eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung

(F45.4) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (F33.4). In der Konsensbeurteilung kamen sie zum Schluss, die Versicherte sei nicht mehr für schwere Tätigkeiten einsetzbar. Für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten bestehe eine 70%ige Leistungsfähigkeit bei voller zeitlicher Belastung (act. G 5.1/84.23 und 84.26 f.). Gestützt auf dieses Gutachten stellte die IV-Stelle St. Gallen mit Verfügungen (bzw. Mitteilung) vom 17. Januar 2014 die Rente auf den nächstmöglichen Zeitpunkt (Ende Februar 2014) ein, gewährte der Versicherten aber gleichzeitig Unterstützung bei der Stellensuche und richtete die Rente weiterhin, bis maximal 29. Februar 2016, aus (act. G 5.1/100, 102 und 104). Diese Verfügungen erwuchsen unangefochten in Rechtskraft. Nach Ablauf der zweijährigen Übergangsfrist und erfolgloser Stellensuche teilte die IV-Stelle der Versicherten am 8. März 2016 mit, dass die beruflichen Massnahmen abgeschlossen und die Rentenzahlung per 29. Februar 2016 definitiv eingestellt würden (act. G 5.1/128). Die Versicherte verlangte keine beschwerdefähige Verfügung. Auf eine erneute Anmeldung vom 9. August 2016 für berufliche Massnahmen und Rente trat die IV-Stelle mit Verfügung vom 10. Februar 2017 nicht ein, da die geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustands seit Januar 2014 zwar glaubhaft gemacht worden aber nicht anhaltend sei. Die Revisionskriterien seien somit nicht erfüllt (act. G 5.1/130 und 153). Auch diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Am 5. September 2017 meldete sich die Versicherte abermals bei der Invalidenversicherung an. Dabei gab sie an, ihr psychischer Gesundheitszustand habe sich verschlechtert (act. G 5.1/159). Die IV-Stelle betrachtete dies als reines Rentengesuch und verzichtete auf den Erlass einer Nichteintretensverfügung bezüglich beruflicher Massnahmen (act. G 5.1/166.3). Auf entsprechende Aufforderung reichte die Versicherte (bzw. die Leistungserbringer) weitere Arztberichte ein. So gab Dr. med. B.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Klinik C.____, am 3. November 2017 an, bei der Versicherten bestehe eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.80). Differentialdiagnostisch bestehe eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit vordergründig ängstlichen Anteilen. Weiter bestehe eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen (F33.11). Nach jahrelangem Krankheitsverlauf bestehe ein schwer chronifiziertes und therapieresistentes psychisches Leiden mit schweren Verhaltensauffälligkeiten und jahrelang erheblich eingeschränktem Leistungsniveau (act. G 5.1/165). Im formalisierten Arztbericht vom 19. April 2018 nannte Dr. B.____ als Differentialdiagnose noch eine vorbestehende kombinierte Persönlichkeitsstörung mit schizoid-infantilen Anteilen (F61.0) oder mindestens massiv akzentuierte Persönlichkeitszüge (Z73.1). Es seien keine medizinischen Massnahmen möglich und es könne nicht mit der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit gerechnet werden (act. G 5.1/178). Die Klinik D.____ für Psychiatrie, Psychotherapie und Suchtbehandlung reichte sodann zwei Berichte vom 7. November 2016 und vom 14. September 2017 an Dr. B.____ betreffend zwei stationäre Klinikaufenthalte vom 19. Juli 2016 bis zum 26. Oktober 2016 sowie vom 25. April 2017 bis zum 25. August 2017 ein. Darin diagnostizierte sie jeweils eine mittelgradige depressive Episode mit anhaltender Suizidalität (F32.1), eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom, differentialdiagnostisch eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (F62.80), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41), ein Asthma bronchiale (J45.9) sowie eine Fibromyalgie (M79.70). Im Bericht vom 14. September 2017 diagnostizierte sie zusätzlich psychische und Verhaltensstörungen durch Opioiden (Abhängigkeitssyndrom; F11.2) sowie eine Migräne, nicht näher bezeichnet (G43.9 [act. G 5.1/168.1 und 169.1]). Der Hausarzt

der Versicherten, Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, übernahm in seinem Bericht vom 13. März 2018 (Eingangsstempel SVA) im Wesentlichen die Diagnosen der Klinik D.____. Weder liessen sich die Einschränkungen durch medizinische Massnahmen vermindern noch könne mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit gerechnet werden (act. G 5.1/172). Am 31. Juli 2018 und 7. September 2018 ordnete die IV-Stelle eine erneute polydisziplinäre Begutachtung (Allgemeine/Innere Medizin, Neurologie, Neuropsychologie, Psychiatrie, Orthopädie und Pneumologie) bei der Medizinischen Abklärungsstelle SMAB, Bern, an [act. G 5.1/179 und 186]). In ihrem Gutachten vom 31. Dezember 2018 diagnostizierten die Experten (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61) mit infantil-histrionischen, asthen-dependenden und einzelnen schizoiden Anteilen, differentialdiagnostisch andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.8), sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelschwere depressive Episode (F33.0/F33.1). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde unter anderem eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) mit fibromyalgiformem Charakter sowie ein iatrogenes Opioidkonsum (F11.1) und ein Zustand nach schädlichem Konsum von Benzodiazepinen (F13.1) diagnostiziert. Die Versicherte sei in der Lage, ihrer körperlichen Konstitution angepasste Tätigkeiten einfacher geistiger Art mit geringer Verantwortung, ohne besonderen Zeitdruck und ohne besondere Anforderungen an die Team- und Konfliktfähigkeit mit einem Pensum von 50 % auszuüben. Mit Blick auf die langjährige Abstinenz vom Arbeitsmarkt erscheine eine Wiedereingliederung bzw. Integrationsmassnahme sinnvoll, um diese Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 50 % auch realisieren zu können. Ob eine weitere Steigerung noch möglich sei, könne gegenwärtig nicht abgeschätzt werden. Eine Aggravationstendenz sei als möglich, nicht jedoch als sicher vorliegend anzunehmen. Nachdem es im Juli 2016 zur Notwendigkeit einer stationären psychiatrischen Behandlung bei latenter Suizidalität gekommen sei, sei die Arbeitsfähigkeit von 50 % ab diesem Zeitpunkt anzunehmen. Unter fortgesetzter psychiatrisch-psychotherapeutischer Fachbehandlung lasse sich eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit voraussichtlich ermöglichen. Es sei aber mit einem langfristigen Verlauf zu rechnen. Nach 20 Jahren Abstinenz vom Arbeitsmarkt seien Reintegrationsmassnahmen sinnvoll und eine Steigerung der attestierten Arbeitsfähigkeit auf die bereits 2013 genannten 70 % dürfte frühestens innerhalb eines Zeitraumes von zwei Jahren möglich sein (act. G 5.1/194.7 ff.). Mit Vorbescheid vom 18. Februar 2019 stellte die IV-Stelle St. Gallen der Versicherten die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht (act. G 5.1/198). Nachdem diese einwenden liess, dass ihr der psychiatrische Gutachter eine 50 % Arbeitsunfähigkeit attestiert habe, womit ein Rentenanspruch gegeben sei, verfügte die IV-Stelle am 17. Juli 2019 wie angekündigt. Dabei stützte sie sich im Wesentlichen auf eine Stellungnahme ihrer Rechtsabteilung vom 18. Februar 2019, wonach kein stimmiges Gesamtbild vorliege, das auf eine therapeutisch nicht angehbare, erhebliche funktionelle Behinderung schliessen liesse. Damit sei die ressourcenhemmende Wirkung des insgesamt nicht als schwer zu qualifizierenden psychischen Leidens beweismässig nicht hinreichend erstellt. Seit Erlass der Renteneinstellungsverfügung im Januar 2014 sei damit keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit eingetreten (act. G 5.1/196.2 f., 206 und 209). Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 10. September 2019 mit dem Antrag auf Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Der Beschwerdeführerin sei sodann ab dem frühest möglichen Zeitpunkt eine Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen

an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Der Beschwerdeführerin sei schliesslich die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverbeiständung zu bewilligen. Zur Begründung wird vorgebracht, im polydisziplinären Gutachten der SMAB AG Bern vom 31. Dezember 2018 werde festgestellt, dass sich seit der letzten Begutachtung im August 2013 zweifelsohne eine Verschlechterung eingestellt habe. So habe die damals remittierte Depression wieder Aktualität erlangt und zeige sich gegenwärtig mit Bild einer leichten bis mittelschweren depressiven Episode. Auch die Persönlichkeitsstörung sei dekompenziert und wirke sich auf die Fähigkeit der Beschwerdeführerin negativ aus. Die Gutachter legten die Arbeitsfähigkeit sowohl in angestammter wie in adaptierter Tätigkeit auf 50 % fest. Der RAD-Arzt nehme dazu am 24. Januar 2019 Stellung und komme zum Schluss, dass auf das Gutachten abzustellen sei. Er halte auch die vom psychiatrischen Gutachter frühestens in zwei Jahren erwartete Steigerung der Arbeitsfähigkeit für zu optimistisch. Auf die rechtliche Stellungnahme des Rechtsdienstes der Beschwerdegegnerin sei nicht abzustellen. Es sei dagegen zu halten, dass weder der psychiatrische Gutachter noch der RAD-Arzt Kritik an der gewählten Therapieform geübt hätten oder eine andere Therapie vorschlugen. Haltlos sei die Behauptung, es gebe keine Hinweise darauf, dass die im Vordergrund stehende Persönlichkeitsstörung bzw. Persönlichkeitsänderung durch das Zusammenwirken mit der depressiven Störung besonders akzentuiert sei, gehe doch der psychiatrische Gutachter von einer ungünstigen wechselseitigen Beziehung aus. Zusammenfassend sei auf das Gutachten abzustellen und festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verschlechtert habe und sie deshalb nur zu 50 % arbeitsfähig sei (act. G 1). Mit Beschwerdeantwort vom 29. Oktober 2019 beantragt die Verwaltung die Abweisung der Beschwerde. Der Verlauf und der Ausgang von Therapien dürften als wichtige Schweregradindikatoren in Anschlag gebracht werden. Zwar sei bei der Beschwerdeführerin die Prognose auf Grund des chronischen Verlaufs der im Vordergrund stehenden Persönlichkeitsstörung und der aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht unbeachtlichen subjektiven Krankheitsüberzeugung als eher ungünstig zu bezeichnen. Von einem definitiven Scheitern der psychiatrischen Behandlung könne aber nicht gesprochen werden, denn der psychiatrische SMAB-Gutachter habe eine Fortführung der psychiatrischen Behandlung empfohlen und eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit für möglich gehalten. Insbesondere der zweite stationäre Aufenthalt in der Klinik D.____ habe eine deutliche Verbesserung der Symptomatik bewirkt, indem sich die bei Eintritt festgestellte mittelgradige Episode auf eine leichtgradige Episode verringert habe. Aus den Ausführungen des psychiatrischen Gutachters, es zeige sich eine ungünstige wechselseitige Beziehung mit der rezidivierenden Depression, könne nicht geschlossen werden, die bei der Beschwerdeführerin im Vordergrund stehende Persönlichkeitsstörung werde durch das Zusammenwirken mit der depressiven Störung besonders akzentuiert. Vielmehr deute die erwähnte Feststellung darauf hin, dass die rezidivierende depressive Störung zwar einen ungünstigen Faktor darstelle, dieser aber letztlich keine bedeutende ressourcenhemmende Wirkung beizumessen sei. Die depressive Störung stelle somit keine erhebliche psychische Komorbidität dar. Im Komplex "Persönlichkeit" falle ins Gewicht, dass trotz der diagnostizierten Persönlichkeitsstörung im psychiatrischen Teilgutachten auf Ressourcen in den komplexen Ich-Funktionen hingewiesen worden sei. Da die Beschwerdeführerin sozial gut vernetzt und kein sozialer Rückzug erkennbar sei, weise der soziale Kontext gewisse Ressourcen auf, auf welche die Beschwerdeführerin zurückgreifen könne. Beweisrechtlich entscheidend sei der verhaltensbezogene Gesichtspunkt der "Konsistenz". Diesbezüglich habe der psychiatrische Gutachter deutliche Hinweise auf eine Selbstlimitierung erwähnt.

Die angegebenen Schmerzen seien in keiner Weise nachvollziehbar. Auch die geschilderten schmerzassoziierten Einschränkungen im Alltag und in der Freizeitgestaltung seien keineswegs konsistent. Ebenso seien die geschilderten Heimatreisen mit einer derartigen Schmerzwahrnehmung undenkbar. Diese Angaben des psychiatrischen Experten seien in die Konsensbeurteilung eingeflossen und es sei festgehalten worden, es bestehe keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen. In der Gesamtbetrachtung liege kein stimmiges Bild vor, das auf eine therapeutisch nicht angehbare erhebliche funktionelle Behinderung schliessen liesse. Die ressourcenhemmende Wirkung des insgesamt nicht als schwer zu qualifizierenden psychischen Leidens sei beweismässig nicht hinreichend erstellt. Dafür habe die Beschwerdeführerin als materiell beweisbelastete Partei die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen. Damit sei von der im SMAB-Gutachten festgestellten, psychiatrisch begründeten Arbeitsunfähigkeit von 50 % abzuweichen, ohne dass die Expertise ihren Beweiswert verlöre. Es könne auch nicht auf die Arbeitsfähigkeitsschätzungen der behandelnden Fachärzte abgestellt werden. Zusammengefasst führe die Indikatorenprüfung zum Ergebnis, dass bei der Beschwerdeführerin keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit seit Erlass der Verfügung vom 17. Januar 2014 eingetreten sei (act. G 5). Mit verfahrensleitender Verfügung vom 4. November 2019 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und unentgeltliche Rechtsverteidigung) gewährt (act. G 6). Mit Replik vom 2. Dezember 2019 bestreitet die Beschwerdeführerin das von der Beschwerdegegnerin behauptete Fehlen einer psychischen Komorbidität. Der psychiatrische Gutachter stuft sowohl die Persönlichkeitsstörung als auch die rezidivierende depressive Störung als Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit ein. Zudem stuft er die Beschwerdeführerin als lediglich 50 % arbeitsfähig ein. Klarerweise müsse beiden Diagnosen ressourcenhemmende Wirkung beigemessen werden. Im Weiteren werde die Unterteilung in Diagnosen mit und ohne Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit den Anforderungen an eine ergebnisoffene Prüfung nicht gerecht. So wirke sich auch die diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung im Zusammenspiel mit den Diagnosen mit Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit ressourcenhemmend aus. Die Argumentation der Beschwerdegegnerin in Bezug auf die Komorbidität sei nicht nachvollziehbar und im Ergebnis stossend. In Bezug auf die Inkonsistenzen habe die Beschwerdegegnerin nicht geprüft, welche sozialen Aktivitäten die Beschwerdeführerin vor Eintritt der Krankheit gepflegt habe, weshalb ihre Begründung nicht nachvollziehbar sei. Insgesamt müsse bei der Beschwerdeführerin von einer erheblichen ressourcenhemmenden Wirkung des psychischen Leidens ausgegangen werden. Dieser Einschätzung folgten auch die Gutachter. Somit müsse auf die im Gutachten festgestellte Arbeitsunfähigkeit abgestellt werden (act. G 8). Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine weitere Stellungnahme und hält an ihren in der Beschwerdeantwort gemachten Ausführungen und am Antrag fest (act. G 10). Erwägungen Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, 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 laut 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). Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 141 V 289 E. 3.2; BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C_1/2016, E. 4.3). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (BGE 143 V 427 E. 6). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen) sowie psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 143 V 428, E. 7.1 und BGE 141 V 281). Zur Indikatorenprüfung und zu den Ausführungen des Bundesgerichts über das Zusammenwirken von Recht und Medizin gemäss vorstehendem BGE 141 V 281 kann auf die Ausführungen der Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort vom 29. Oktober 2019 verwiesen werden (act. G 5, Ziff. III.2). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.). Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit die Erwerbsunfähigkeit bzw. den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung bzw. das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung stellen. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeit die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die Versicherungsträger und das Gericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend ist und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb). Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem

Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen). Wird eine Neuanschuldung eingereicht, ist analog den für die Rentenrevision geltenden Regeln zu prüfen, ob eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3, mit Hinweisen). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4, mit Hinweis auf BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77). Die ursprünglich ausgerichtete ganze Rente wurde mit Verfügung vom 17. Januar 2014 rechtskräftig eingestellt (act. G 5.1/102). Nachdem diese Verfügung auf einer umfassenden Prüfung des Rentenanspruchs beruhte, bildet sie den massgebenden Referenzzeitpunkt zur vorliegend angefochtenen Verfügung vom 17. Juli 2019. Vorliegend ist im Wesentlichen die der angefochtenen Verfügung zu Grunde liegende Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 beanstandet worden, während die medizinischen Feststellungen und Schlussfolgerungen der Gutachter nicht umstritten sind. Nachdem das Gutachten vollständig und schlüssig erscheint (wovon auch der RAD der Beschwerdegegnerin ausgeht [act. G 5.1/195]) sowie die weiteren geforderten rechtlichen Vorgaben erfüllt, ist grundsätzlich darauf abzustellen. Die Gutachter diagnostizierten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in erster Linie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61) mit infantil-histrionischen, asthen-dependenten und einzelnen schizoiden Anteilen. Differentialdiagnostisch gingen sie von einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzmittelsyndrom (F62.8) aus. Im Weiteren diagnostizierten sie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelschwere depressive Episode (F33.0/F33.1). In den übrigen untersuchten medizinischen Fachgebieten der Orthopädie, der Allgemeinen Inneren Medizin sowie der Pneumologie ergaben sich keine arbeitsfähigkeitsrelevanten Einschränkungen. Damit liegt zweifelsohne eine lege artis gestellte Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor (vgl. BGE 141 V 281 E. 2 S. 285 ff.). Unbestrittenermassen ergibt sich in somatischer Hinsicht keine Verschlechterung seit dem Referenzzeitpunkt vom Januar 2014, als der medizinische Sachverhalt letztmalig umfassend abgeklärt und gewürdigt wurde. Zu prüfen ist hingegen, ob sich der psychische Gesundheitszustand auf Grund der geänderten Diagnosestellung seit damals in einer revisionserheblichen Weise geändert hat. Beim Komplex "Gesundheitsschädigung" ging die Beschwerdegegnerin zunächst von einer schwachen Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome aus (act. G 5.1/196.3). In der Beschwerdeantwort vom 29. Oktober 2019 geht sie sodann zwar vom Vorhandensein eines gewissen Leidensdrucks aus, wobei sie allerdings nach wie vor nicht auf eine schwere Ausprägung des psychischen Leidens schliesst. Tatsächlich führt der psychiatrische Gutachter, Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,

Facharzt für Neurologie, unter anderem aus, dass das Aktivitätsniveau gegen eine erheblich invalidisierende depressive Erkrankung oder eine schwerwiegend dekompenzierte Persönlichkeitsstörung/Persönlichkeitsänderung spreche. Andererseits erwähnt er aber doch eine gewisse Verschlechterung des Gesundheitszustands, indem sich bei der rezidivierenden depressiven Störung, die anlässlich der letzten Begutachtung vom August 2013 noch remittiert war, nunmehr eine leichte bis allenfalls mittelschwere depressive Episode zeige. Zudem mache sich die seit der jungen Erwachsenenzeit bestehende Persönlichkeitsstörung auf die Fähigkeiten der Beschwerdeführerin zur Alltagsbewältigung bemerkbar (act. G 5.1/194.35). Insgesamt ist damit zwar keine besonders schwere, aber - allein schon auf Grund der seit sehr langer Zeit bestehenden Beschwerden, die auch zu zwei längerdauernden stationären Klinikaufhalten (vgl. Sachverhalt B.a vorstehend) geführt haben - doch eine zu beachtende Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome anzunehmen, was sich letztlich auch in der vom psychiatrischen Experten postulierten Einbusse in der Arbeitsfähigkeit von 50 % manifestiert. Beim Indikator "Behandlungserfolg oder -resistenz" geht die Beschwerdegegnerin davon aus, dass die Prognose zwar auf Grund des chronischen Verlaufs der im Vordergrund stehenden Persönlichkeitsstörung und der aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht unbeachtlichen subjektiven Krankheitsüberzeugung als eher ungünstig zu bezeichnen sei. Jedoch könne nicht von einem definitiven Scheitern der Behandlung gesprochen werden, da der psychiatrische Gutachter die Fortführung der psychiatrischen Behandlung empfohlen habe und eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit für möglich halte. Wie sich aus dem Gutachten ergibt, beschreibt Dr. F. ___ vor allem bei der rezidivierenden depressiven Störung eine gegenwärtige Verschlechterung, indem eine remittierte Depression wieder Aktualität erlangt habe und gegenwärtig das Bild einer leichten bis mittelschweren depressiven Episode zeige. Insbesondere dieses Beschwerdebild dürfte denn der von ihm angeregten fortgesetzten psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachbehandlung zugänglich sein, wie sich etwa aus den Berichten der Klinik D. ___ insbesondere betreffend die erfolgte stationäre Behandlung vom 25. April 2017 bis zum 25. August 2017 ergibt. Demnach verringerte sich die bei Eintritt bestehende mittelgradige depressive Episode mit anhaltender Suizidalität auf eine leichtgradige depressive Symptomatik (act. G 5.1/168.1 und 168.3). Der psychiatrische Gutachter differenziert die Wirksamkeit der von ihm angeregten Fortführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachbehandlung bzw. die nach seiner Ansicht dadurch erzielbare Steigerung der Arbeitsfähigkeit nicht bezüglich der Beschwerdebilder. Hinsichtlich der Persönlichkeitsstörung ist aber nach der langen Dauer von rund 20 Jahren - Dr. F. ___ geht von einer Dekompensation der Persönlichkeitsstörung vor dem Hintergrund zahlreicher Belastungsfaktoren Ende der 1990er-Jahre aus (act. G 5.1/194.36) - wohl tatsächlich keine wesentliche Verbesserung mehr zu erwarten, zumal den Persönlichkeitsstörungen diagnoseinhärent eine gewisse Unveränderbarkeit innewohnt (vgl. H. Dilling/W. Mombour/M. H. Schmidt, ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Aufl., Einführung zu F60 - F69, S. 274 ff.). Die relativ geringe Behandlungskadenz ist vorliegend weniger im Sinn eines geringen Leidensdrucks zu interpretieren als mehr dahingehend, dass durch eine höhere Behandlungshäufigkeit wohl kein zusätzlicher therapeutischer Gewinn erzielt werden könnte. Jedenfalls führen weder der psychiatrische Gutachter noch der RAD aus, dass die bisher erfolgte ambulante Behandlung nicht genügend konsequent durchgeführt worden sei. Ersterer verlangt denn auch lediglich die Fortführung der bisherigen Therapie, allenfalls mit geänderter Medikation (act. G 5.1/194.39). An die weitere Therapierbarkeit der bei der

Beschwerdeführerin vorliegenden Symptomatik und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit dürfen somit keine überhöhten Erwartungen geknüpft werden. Namentlich erscheint die von Dr. F.____ angedachte Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 70 % zum jetzigen Zeitpunkt als zu vage und mit zu vielen Unsicherheiten behaftet, geht er doch selber davon aus, dass eine solche Verbesserung frühestens in zwei Jahren möglich wäre (act. G 5.1/194.39). Im Konsens haben die Experten zudem die Annahme des psychiatrischen Gutachters relativiert und ausgeführt, es könne gegenwärtig nicht abgeschätzt werden, ob eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit (über 50 %) noch möglich sei (act. G 5.1/194.9). Selbst der RAD der Beschwerdegegnerin hält ein solches Szenario mit Blick auf das sich zuletzt verschlechternde Störungsbild für sehr optimistisch. Die erwogene Medikation habe zudem keinen wesentlichen Einfluss auf die Hauptdiagnose der Persönlichkeitsstörung. Schliesslich erachtet der RAD Behandlungsaufgaben als nicht zweckmässig (act. G 5.1/195.2). Im Weiteren ist zu prüfen, ob die ebenfalls diagnostizierte rezidivierende depressive Störung eine relevante psychische Komorbidität darstellt. Die Beschwerdegegnerin verneint dies damit, dass auf Grund der Angaben des psychiatrischen Gutachters nicht geschlossen werden könne, die bei der Beschwerdeführerin im Vordergrund stehende Persönlichkeitsstörung werde durch das Zusammenwirken mit der depressiven Störung besonders akzentuiert. Vielmehr deute dessen Feststellung, es zeige sich eine ungünstige wechselseitige Beziehung mit der rezidivierenden Depression, darauf hin, dass die depressive Störung zwar einen ungünstigen Faktor darstelle, diesem aber letztlich keine bedeutende ressourcenhemmende Wirkung beizumessen sei, ansonsten der psychiatrische Gutachter nicht (allein) die Persönlichkeitsstörung als relevant für die Arbeitsfähigkeit bezeichnet hätte. Dem ist entgegen zu halten, dass Dr. F.____ mit der fraglichen Formulierung wohl schon gemeint haben dürfte, dass die gegenwärtig vorhandene leichte bis mittelschwere depressive Episode der Beschwerdeführerin (weitere) Ressourcen entzieht, ist doch nicht ersichtlich, worin die "ungünstige wechselseitige Beziehung" sonst bestehen soll. Folgerichtig hat er die rezidivierende depressive Störung als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (act. G 5.1/194.34). Das Bundesgericht verlangt sodann in BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 keine bestimmte Schwere oder "Akzentuierung" der Komorbidität, sondern eine Gesamtbetrachtung der Beschwerden. Wie gesagt (vgl. vorstehende Erwägung 2.5) ist immerhin davon auszugehen, dass es sich bei der Depression nicht um ein therapeutisch nicht mehr angehbares Krankheitsgeschehen handelt, wenn auch angesichts des langjährigen Verlaufs der rezidivierenden depressiven Störung mit mehrmaliger psychiatrischer Hospitalisation eine vollständige Remission fraglich erscheint. Im Resultat ist von einer zu berücksichtigenden Komorbidität auszugehen. Bei den Komplexen "Persönlichkeit" und "sozialer Kontext" geht die Beschwerdegegnerin davon aus, dass gemäss Gutachten die komplexen Ich-Funktionen erhalten seien, und die Beschwerdeführerin sozial gut vernetzt, somit kein sozialer Rückzug erkennbar sei. Somit sei vom Vorhandensein gewisser Ressourcen auszugehen. Zwar trifft dies grundsätzlich zu. Indessen ist zu relativieren, dass sich die regelmässigen sozialen Kontakte im Wesentlichen auf zwei Personen beschränken, nämlich auf die Mutter der Beschwerdeführerin, die in Bosnien lebt und die sie ein paar Mal jährlich besucht bzw. von ihr besucht wird, sowie auf eine ehemalige Nachbarin, die offenbar zur Freundin wurde. Weiter besteht nach Angaben des psychiatrischen Gutachters ein Kontakt zum Bruder, der ebenfalls in Bosnien lebt, sowie zu einer weiteren Kollegin, mit der sie gelegentlich, insgesamt wohl eher selten, ins Theater geht. An anderer Stelle ist von zwei weiteren Freundinnen die Rede (act. G 5.1/194.27 und 194.35). Mithin kann zwar nicht von einem

weitgehenden oder gar vollständigen sozialen Rückzug gesprochen werden. Indessen beschränken sich die Sozialkontakte im Wesentlichen auf ein paar wenige vertraute Personen aus dem engsten Umfeld. Zudem erwähnen sowohl der psychiatrische als auch der neurologische Gutachter mangelnde Ressourcen (act. G 5.1/194.32 und 194.49). Der RAD der Beschwerdegegnerin geht von einem anforderungsabhängigen Antriebsverlust sowie davon aus, dass die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Dritten und die Gruppenfähigkeit durch die mangelnde Beziehungsfähigkeit herabgesetzt seien (act. G 5.1/195.1 f.). Insgesamt kann aber die Einschätzung der Beschwerdegegnerin geteilt werden, wonach die Beschwerdeführerin über "gewisse" (soziale) Ressourcen verfügt, auf die sie zurückgreifen kann. Hinsichtlich der Kategorie "Konsistenz" weist die Beschwerdegegnerin auf die vom psychiatrischen Gutachter genannte Selbstlimitierung der Beschwerdeführerin hin. Demgemäss seien zudem die von ihr angegebene Schmerzintensität von 9/10 auf der VAS-Skala in keiner Weise nachvollziehbar. Weiter seien die geschilderten schmerzassoziierten Einschränkungen im Alltag und in der Freizeitgestaltung keineswegs konsistent, wenn sie berichte, dass sie gelegentlich mit einer Kollegin ins Theater gehe oder mehrmals monatlich ihre Kollegin und deren Familie zum gemeinsamen Kartenspiel aufsuche. Auch die von der Beschwerdeführerin geschilderten Heimatreisen seien mit einer kontinuierlichen derartigen Schmerzwahrnehmung, wie sie die Beschwerdeführerin vortrage, undenkbar. Schliesslich spreche das Aktivitätsniveau der Versicherten, wie es im psychiatrischen Gutachten aufgeführt werde, gegen eine erheblich invalidisierende depressive Erkrankung oder eine schwerwiegend dekompenzierte Persönlichkeitsstörung/Persönlichkeitsänderung. Auf Grund der dargelegten Inkonsistenzen liege bei der Beschwerdeführerin in der Gesamtbetrachtung kein stimmiges Gesamtbild vor, das auf eine therapeutisch nicht angehbare erhebliche funktionelle Behinderung schiessen liesse. Es sei somit trotz eines gewissen Leidensdrucks nicht auf eine schwere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome zu schliessen. Bei der Beschwerdeführerin sei somit eine ressourcenhemmende Wirkung des insgesamt nicht als schwer zu qualifizierenden psychischen Leidens nicht hinreichend erstellt, wofür die Beschwerdeführerin die beweisrechtlichen Folgen zu tragen habe. Zwar trifft zu, dass der psychiatrische Gutachter die vorstehend zitierten Ausführungen gemacht hat (act. G 5.1/194.35). Folgerichtig geht er nicht von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten aus. Der Umstand, dass die von der Beschwerdeführerin angegebenen maximalen oder fast maximalen Schmerzen nicht vollständig objektivierbar sind, bedeutet jedoch nicht, dass überhaupt keine Schmerzen oder Beeinträchtigungen vorhanden sind. Im Weiteren hat der psychiatrische Gutachter zwar von deutlichen Hinweisen auf eine Selbstlimitierung gesprochen (act. G 5.1/194.35). Indessen geht er offensichtlich nicht davon aus, dass sämtliche Einschränkungen der Beschwerdeführerin allein darauf zurückzuführen sind, hätte er doch sonst keine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Die vom psychiatrischen Gutachter aufgeführten Inkonsistenzen sind denn dahingehend zu relativieren, als die geschilderten Aktivitäten, wie etwa das Besuchen einer Freundin zum gemeinsamen Kartenspiel - was im Übrigen wohl keine besondere Anstrengung darstellt - oder der gelegentliche, insgesamt wohl eher seltene Besuch einer Theatervorstellung, ebenso wie die ein- bis zweimal jährlich unternommenen Heimatreisen gewissermassen die Höhepunkte darstellen. Der übrige, während der meisten Zeit des Jahres gelebte Tagesablauf, stellt sich dagegen sehr viel passiver dar. So gehe die Beschwerdeführerin zwischen 23 und 24 Uhr ins Bett und stehe zwischen 9 und 11 Uhr auf, um sich danach einen Kaffee zu machen. Danach schalte sie den Fernseher an, um eine

Geräuschkulisse zu erzeugen. Sie lese ein wenig, am liebsten einfache Literatur, Romane oder Illustrierte. Den Einkauf könne sie selbst besorgen, da die Migros nicht weit entfernt sei. Zum Mittagessen esse sie eine Kleinigkeit, danach halte sie - je nach Beschwerden und Erschöpfung - Mittagsschlaf. Nachmittags unternehme sie einen kleinen Spaziergang oder bummle durch den Ort. Abends schaue sie wieder fern. Hobbies habe sie keine (act. G 5.1/194.27 f.).

Gegenüber dem neuropsychologischen Gutachter schilderte sie, dass sie zwischen 10 und 12 Uhr aufstehe, danach Kaffee und Frühstück mache. Am Morgen gehe sie nicht nach draussen, mittags esse sie kalt. Auch an den Nachmittagen mache sie eigentlich nichts. Erst liege sie, wobei sie gelegentlich einschlafe. Selten gehe sie spazieren. Soziale Kontakte nehme sie nur begrenzt wahr, esse und übernachtete aber regelmässig bei einer früheren Nachbarin. Daneben habe sie noch eine oder zwei weitere Kolleginnen, bei welchen sie esse und übernachtete. Andere regelmässige Aktivitäten oder Hobbies beständen nicht (act. G 5.1/194.89).

Aus diesen Ausführungen erhellt, dass sich der normale Alltag der Beschwerdeführerin äusserst passiv, reduziert und ohne erkennbare Eigeninitiative gestaltet sowie auf grösstmögliche Schonung ausgerichtet ist. Dabei lässt die Beschwerdeführerin selbst ihren Haushalt zumindest teilweise von der Freundin erledigen. Die einzigen ersichtlichen "Aktivitäten" bestehen in der Wahrnehmung der sozialen Kontakte, die bereits unter dem Komplex "sozialer Kontext" als Ressourcen berücksichtigt wurden (vorstehende Erwägung 2.7), und die für sich genommen kaum auf eine vollständige Arbeitsfähigkeit schliessen lassen. Mithin besteht durchaus eine Konsistenz zwischen der geltend gemachten - und medizinisch teilweise attestierten - Arbeitsunfähigkeit und dem in den übrigen Lebensbereichen gezeigten Verhalten. Eine Aggravationstendenz wird sodann im Konsens des Gutachtens lediglich als möglich, nicht jedoch als sicher vorliegend, bezeichnet. Insgesamt gehen die Gutachter von einer starken Verdeutlichungstendenz aus (act. G 5.1/194.9).

Der RAD hielt dazu überzeugend fest, dass die Diskrepanzen zwischen der Selbstwahrnehmung des eigenen Leistungsniveaus verglichen mit der tatsächlichen Alltagsbewältigung dem Störungsbild geschuldet und in die Bewertung der Arbeitsunfähigkeit einbezogen worden seien (IV-act. 195-2). Zusammenfassend besteht bei der Beschwerdeführerin gegenwärtig eine vor allem durch ein psychisches Leiden verursachte Gesundheitsschädigung, die durch die bestehenden Ressourcen nur zum Teil aufgefangen wird. Von der weiteren (wünschenswerten) Behandlung ist sodann keine unmittelbare und nachhaltige Verbesserung zu erwarten. Es rechtfertigt sich somit, auf die gutachterlich postulierte Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer leidensadaptierten Tätigkeit abzustellen. Die Experten gehen davon aus, dass sich der Gesundheitszustand im Juli 2016, nach der Notfallkonsultation vom 7. Juni 2016 im Spital Wil bei vermuteter Dekompensation einer Angststörung und Schmerzexazerbation bei vorbekannter Fibromyalgie sowie der anschliessenden Notwendigkeit einer stationären psychiatrischen Behandlung bei latenter Suizidalität in der Klinik D.____ vom 19. Juli 2016 bis zum 26. Oktober 2016 (vgl. act. G 5.1/138 und 169), - welche Behandlungen offenbar am ersten Tag eines Arbeitsversuchs im Business House erforderlich wurden - verschlechtert hat (act. G 5.1/194.9).

Zudem gehen sie ab diesem Zeitpunkt nur noch von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % aus, nachdem der Beschwerdeführerin im Gutachten vom August 2013 noch eine Arbeitsfähigkeit von 70 %, jeweils in adaptierten Tätigkeiten, attestiert wurde (act. G 5.1/84.26 und 194.9). Mithin ist ab Juli 2016 von einer revisionsrechtlich relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustands auszugehen. Die Beschwerdegegnerin geht von einem Prozentvergleich (unter Parallelisierung des Invalideneinkommens) aus, da das Valideneinkommen der Beschwerdeführerin als Hilfsmonteurin deutlich

unterdurchschnittlich war (act. G 5.1/197). Dies erscheint sachangemessen, nachdem nicht davon auszugehen ist, dass die Beschwerdeführerin freiwillig auf die Erzielung eines höheren Erwerbseinkommens verzichtet hat (vgl. BGE 135 V 58 E. 3.4.3; Urteil des Bundesgerichts vom 23. September 2014 [9C_192/2014] E. 3.3). Eine weitere Reduktion des Invalideneinkommens (Leidensabzug) ist jedoch nicht angezeigt. Unter Berücksichtigung einer Arbeitsunfähigkeit von nunmehr 50 % besteht demnach Anspruch auf eine halbe Rente. Nachdem die Rentenaufhebung per Ende Februar 2014 bzw. definitiv per Ende Februar 2016 nicht auf Grund einer "natürlichen" Verminderung des Invaliditätsgrads - also nicht auf Grund einer gesundheitlichen oder erwerblichen Verbesserung -, sondern auf Grund von Ziff. a der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket; abgekürzt: IV-Revision 6a), mithin ohne Vorliegen eines Revisionsgrundes nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, aufgehoben wurde, liegt kein Wiederaufleben der Invalidität nach Aufhebung der Rente im Sinn von Art. 29 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) vor. Die Beschwerdeführerin hat damit das Wartjahr (erneut) zu bestehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 18. Februar 2016 [9C_942/2015] E. 3.3.3; mit Hinweis auf Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juli 2013 [9C_677/2012] E. 2.3). Da sie ab Juli 2016 durchschnittlich zu mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen war (zuvor 30 % gemäss Gutachten vom 5. August 2013 [act. G 5.1/84.25]), war das Wartjahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG im Juli 2017 abgelaufen. Die vorliegend zu beurteilende Anmeldung erfolgte am 5. September 2017 (Eingang AHV-Zweigstelle am 26. September 2017 [act. G 5.1/159]). Der Rentenbeginn ist somit auf den 1. März 2018 festzusetzen (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG). Nach dem Gesagten ist die Beschwerde gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 17. Juli 2019 aufzuheben und der Beschwerdeführerin eine halbe Rente, beginnend am 1. März 2018, zuzusprechen. Die Streitsache ist zur betraglichen Festsetzung und Verfügung der Rente an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. Ausgangsgemäss ist diese der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Praxismässig wird die Parteientschädigung bei einem durchschnittlich aufwändigen IV-Rentenfall wie dem vorliegenden auf Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt. Dies erscheint auch vorliegend angemessen. Demnach hat die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin pauschal mit Fr. 4'000.-- zu entschädigen. Mit der Zusprache der Parteientschädigung erübrigt sich die Frage einer Entschädigung aus unentgeltlicher Rechtsverbeiständung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 17. Juli 2019 aufgehoben und der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab dem 1. März 2018 eine halbe Rente zugesprochen. Die Sache wird zur Festsetzung, Verfügung und Ausrichtung der Leistung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Die Beschwerdegegnerin hat der

Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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