



Fall-Nr.: IV 2012/372
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 04.06.2020
Entscheiddatum: 21.05.2014

Entscheid Versicherungsgericht, 21.05.2014

**Art. 17 Abs. 1 ATSG. Art. 88a Abs. 1 und 88bis Abs. 2 lit. a IVV.
Rentenrevision (Einstellung). Nach den gültigen Feststellungen des
Administrativgutachters ist die zur Rente führende Depression remittiert
(Erw. 2.7 f.). Die verbleibende Medikamentenabhängigkeit vermag für sich
allein keine Invalidität zu begründen (Erw. 2.9 f.) (Entscheid des
Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. Mai 2014, IV
2012/372).**

Entscheid Versicherungsgericht, 21.05.2014

Versicherungsrichterinnen Marie Löhner (Vorsitz), Monika Gehrler und Lisbeth Mattle
Frei; Gerichtsschreiber Jürg Schutzbach

Entscheid vom 21. Mai 2014

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Eliano Mussato, Bellevuestrasse 1b, Postfach,
9401 Rorschach,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



betreffend

Rentenrevision (Einstellung)

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ meldete sich am 14. Oktober 2002 zum Bezug einer Invalidenrente bei der Sozialversicherungsanstalt St. Gallen an. Die Behinderung bestehe in einer seelischen Erkrankung und einer Migräne (act. G 3.1/1). Mit Arztbericht vom 21. Januar 2003 gab die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle B.____ an, es bestehe eine rezidivierende depressive Störung mit somatischen Symptomen, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), bestehend seit Mitte 2001, bei langjährigem Alkohol- und Medikamentenabhängigkeitssyndrom, bestehend seit ca. 1995. Die Versicherte sei in sämtlichen Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig (act. G 3.1/11). Mit Verlaufsbericht vom 25. Mai 2004 gab die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle B.____ an, der Zustand habe sich verschlechtert, indem aktuell eine schwere depressive Episode (F33.2) und weiterhin - seit Mai 2001 - eine volle Arbeitsunfähigkeit bestehe (act. G 3.1/28). Mit Verfügung vom 10. März 2005 sprach die IV-Stelle St. Gallen der Versicherten bei einem angenommenen Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze Rente, beginnend ab 1. Mai 2002, zu (act. G 3.1/34). Anlässlich der im Mai 2006 eingeleiteten Revision wurde die Rente auf Grund der Angaben des Hausarztes, Dr. med. C.____, Allgemeinmedizin FMH, im Verlaufsbericht vom 29. August 2006 bestätigt (Mitteilung vom 11. September 2006 [act. G 3.1/44 und 46]).

A.b Im Mai 2010 leitete die IV-Stelle erneut ein Revisionsverfahren ein. Dabei gab die Versicherte an, sie habe vermehrt Kopfschmerzen und die Nerven hätten sich verschlechtert (act. G 3.1/49). Im Verlaufsbericht vom 31. Mai 2010 gab Dr. med. D.____, Klinik G.____, an, die Patientin sei nicht mehr in seiner Behandlung. Gleichzeitig reichte er einen Bericht vom 9. November 2009 an Dr. C.____ ein. Demnach diagnostizierte Dr. D.____ eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen, wahrscheinlich im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (F33.11), eine generalisierte Angststörung (F41.1) sowie eine Lexotanilabhängigkeit (F13.25 [ständiger



St.Galler Gerichte

Gebrauch von Sedativa]). Es handelte sich um einen Erstkontakt für eine vorgesehene Gesprächs- und Verhaltenstherapie (act. G 3.1/52). Nachdem Dr. C.____ trotz mehrfacher Mahnungen keinen weiteren Verlaufsbericht einreichte, ordnete die IV-Stelle auf Anregung des RAD Ostschweiz eine medizinische Begutachtung bei Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, an (act. G 3.1/64 - 66).

A.c In seinem psychiatrischen Gutachten vom 7. Dezember 2011 diagnostizierte Dr. E.____ psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika (Lexotanil) sowie ein Abhängigkeitssyndrom bei ständigem Substanzgebrauch (F13.25). Weiter diagnostizierte er eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (F33.4). Diese Diagnosen seien ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Seit dem medizinischen Referenzzeitpunkt vom 25. Mai 2004 habe sich der Gesundheitszustand der Versicherten deutlich gebessert. Bis November 2009 habe sie an einer rezidivierenden depressiven Störung gelitten, die gegenwärtig remittiert sei. Es lasse sich nicht sagen, wann die Remission genau eingetreten sei. Bei der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit handle es sich um eine primäre Sucht. Therapeutisch sei vor allem eine Abstinenz von Benzodiazepinen anzustreben. Weil die Lexotanil-Abhängigkeit jedoch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründe, habe eine solche Behandlung keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit im iv-rechtlichen Sinn (act. G 3.1/71).

A.d Mit Feststellung vom 17. Februar 2012 ging die IV-Stelle von einem Valideneinkommen als selbstständige Wirtin von Fr. 8'170.-- im Jahr 2010 und von einem Invalideneinkommen in gleicher Höhe, dementsprechend von einer Einschränkung von 0 % aus (act. G 3.1/74). Mit Vorbescheid vom 7. März 2012 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass die Rente per Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats aufgehoben werde (act. G 3.1/76). Am 25. April 2012 erhob der Rechtsvertreter der Versicherten Einwand und reichte zur Begründung am 10. Juni 2012 einen Bericht von Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 1. Juni 2012 ein. Darin diagnostizierte dieser eine "chronische depressive Episode" gegenwärtig schwere Episode (F33.2), seit mindestens 2001, anamnestisch einen Alkoholabusus (F10.2), bestehend von 1995 bis 2006, einen Benzodiazepinabusus (F13.24), seit 1995, sowie einen Verdacht auf eine impulsive Persönlichkeitsstörung vom Typ Borderline (F60.31), seit Geburt. Die Alkohol- und



St.Galler Gerichte

Medikamentensucht sei Folge der depressiven Erkrankung im Sinn eines Medikationsversuchs, ebenfalls könne die Sucht im Zusammenhang mit der impulsiven Persönlichkeitsstörung vom Typus Borderline gesehen werden. Keinesfalls sei die Sucht primärer Natur, da die psychiatrischen Diagnosen vorhanden seien, obwohl die Versicherte seit Jahren keinen Alkohol mehr konsumiere. Die Depression sei chronifiziert und nicht mehr behandelbar. Die Versicherte sei zu 100 % arbeitsunfähig (act. G 3.1/86.2 ff.).

A.e Auf entsprechende Nachfrage der IV-Stelle führte Dr. E.____ in seinem Schreiben vom 15. August 2012 aus, dass die Suchtproblematik gemäss anamnestischen Angaben in den Akten viele Jahre vor dem Beginn der rezidivierenden depressiven Störung begonnen habe, womit jene nicht Folge von letzterer sein könne. Den von ihm erhobenen Psychostatus werte er weitgehend als Ausdruck von Aggravation, beständen doch diverse Widersprüche. Die geklagten Symptome seien nicht stark genug ausgeprägt gewesen, um die Diagnose einer eigentlichen depressiven Episode zu stellen. Auch komme die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht in Betracht, weil als vorherrschende Beschwerde nicht ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz angegeben werde, sondern sich die Versicherte über alles mögliche beklage und die Klagen dann auch gleich wieder relativiere. Es sei nicht nachvollziehbar, wie eine seit 2001 bestehende depressive Erkrankung im Jahr 1995 eine Alkohol- und Medikamentensucht begründet haben soll (act. G 3.1/90). Mit Stellungnahmen vom 16. Juli und 29. August 2012 führte der RAD aus, die Ausführungen von Dr. F.____ seien nicht geeignet, das Gutachtenergebnis von Dr. E.____ in Frage zu stellen. Die Nachfragen seien klar und eindeutig beantwortet, so dass es keiner weiteren Abklärungen mehr bedürfe (act. G 3.1/92 und 93).

A.f Am 30. August 2012 verfügte die IV-Stelle die Einstellung der Rentenzahlung auf das Ende des der Zustellung folgenden Monats (act. G 3.1/94).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 1. Oktober 2012 mit dem Antrag auf Aufhebung der angefochtenen Verfügung und es sei der Beschwerdeführerin eine ganze Rente zuzusprechen. Eventuell sei ein ergänzendes



St.Galler Gerichte

(Gerichts-)Gutachten einzuholen. Subeventuell sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Im Weiteren beantragt die Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung. Dr. F.____ habe ausführlich dargelegt, weshalb die Ergebnisse von Dr. E.____ und die Einschätzung des RAD nicht zuträfen (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 7. November 2012 beantragt die Verwaltung Abweisung der Beschwerde. Einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, die auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatteten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangten, sei bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprächen. Über den Beweiswert des Schreibens von Dr. F.____ vom 1. Juni 2012 müssten nicht viele Worte verloren werden. Wie Dr. E.____ ausgeführt habe, gehe aus dem Schreiben hervor, dass die Beschwerdeführerin für Dr. F.____ deshalb zu 100 % arbeitsunfähig sei, weil etwas anderes für ihn sozialideologisch nicht vertretbar sei. Dies erkläre wohl auch die Diskrepanz in der Diagnostik. Irgendwie müsse die zum vornherein gegebene (und sozialideologisch für ihn einzig vertretbare) 100 %ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ja begründet werden (act. G 3).

C.

Mit verfahrensleitender Verfügung vom 9. November 2012 wurde das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege bewilligt (act. G 4).

Erwägungen:

1.

1.1 Gemäss Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze IV-Rente, wenn sie mindestens zu 70% invalid ist; bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% besteht ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% Anspruch auf eine Viertelsrente. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder



längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). 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). Die Bemessung der Invalidität setzt daher voraus, dass der Gesundheitsschaden sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt worden sind. Dabei sind die rechtsanwendenden Behörden auf die Einschätzung der medizinischen Lage durch Fachpersonen angewiesen, welche den Gesundheitszustand beurteilen und dazu Stellung nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Gestützt darauf ermittelt die Verwaltung den Invaliditätsgrad in der Regel anhand eines Vergleichs zwischen den möglichen Erwerbseinkommen ohne und mit Gesundheitsschaden (Art. 16 ATSG).

1.2 Wenn sich der Invaliditätsgrad der rentenbeziehenden Person erheblich ändert, wird die Invalidenrente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 349 E. 3.5, vgl. BGE 133 V 545). Der Invaliditätsgrad kann sich unter anderem in erheblicher Weise ändern, wenn sich der Gesundheitszustand verbessert oder verschlechtert hat oder anders auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Eine anspruchsbeflussende Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Eine Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente wird frühestens auf den ersten Tag des zweiten Monats wirksam, welcher der Zustellung der Verfügung folgt (Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV).

1.3 Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des



Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweismwürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 114 E. 5.4; BGE 130 V 77 E. 3.2.3). Im vorliegenden Fall ist demnach der Sachverhalt, welcher der rentenzusprechenden Verfügung vom 10. März 2005 (act. G 3.1/34) zu Grunde lag, mit dem Sachverhalt zur Zeit der angefochtenen Verfügung vom 30. August 2012 (act. G 3.1/94) zu vergleichen.

2.

2.1 Im Folgenden ist zu prüfen, ob der Sachverhalt auf der Grundlage der medizinischen Feststellungen und Schlussfolgerungen des Gutachtens von Dr. E.____ vom 7. Dezember 2011 rechtsgenügend erstellt ist.

2.2 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Alle Beweismittel sind, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen, um zu entscheiden, ob die verfügbaren medizinischen Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Das Sozialversicherungsgericht darf bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Dies ergibt sich aus dem Grundsatz der freien Beweismwürdigung. Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweismwürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweismwürdigung aufzustellen. So besitzt das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Gutachten von externen Spezialärzten, die auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweismwürdigung volle Beweiskraft, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351). Angesichts der Divergenz von



medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag können behandelnde Medizinalpersonen und Gutachter denselben Sachverhalt anders beurteilen. Das Gericht weicht aber nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung von einer an sich beweiskräftigen Einschätzung eines amtlich bestellten fachmedizinischen Experten nur ab (BGE 125 V 352f E. 3a und b; BGE 122 V 160 f. E. 1c), wenn die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteile des Bundesgerichtes vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1 und vom 16. August 2007, I 705/06, E. 3.2).

2.3 Vorliegend stützt die Beschwerdegegnerin ihre Rentenaufhebungsverfügung vom 30. August 2012 auf das Administrativgutachten von Dr. E.____ vom 7. Dezember 2011 sowie dessen Ergänzung vom 15. August 2012. Darin gelangt Dr. E.____ zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika (Lexotanil), ein Abhängigkeitssyndrom bei ständigem Substanzgebrauch (F13.25) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (F33.4), vorlägen. Ob die Kriterien für das Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit gegenwärtig erfüllt seien, lasse sich nicht mit Bestimmtheit sagen, seien doch die Angaben der Beschwerdeführerin diesbezüglich widersprüchlich. Die Laborwerte vom 16. November 2011 sprächen jedoch eher dagegen, sodass aktuell nicht vom Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit auszugehen sei. Beim Substanzgebrauch handle es sich um eine primäre Sucht, werde doch die rezidivierende depressive Störung im Arztbericht von Dr. J.____ vom 21. Januar 2003 (act. G 3.1/11.1) erst seit Mitte 2001, die Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit dagegen bereits seit ca. 1995 bestehend angegeben. Unter Ausblendung des Suchtanteils bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (act. G 3.1/71.22 ff.).

2.4 Demgegenüber beruft sich die Beschwerdeführerin auf die Ausführungen von Dr. F.____ vom 1. Juni und 10. September 2012. Darin diagnostiziert Dr. F.____ eine "chronische depressive Episode", gegenwärtig schwere Episode (F33.2), bestehend seit mindestens 2001, anamnestisch einen Alkoholabusus (F10.2), bestehend von 1995 bis 2006, einen Benzodiazepinabusus (F13.24), bestehend seit 1995, sowie einen Verdacht auf eine impulsive Persönlichkeitsstörung vom Typ Borderline (F60.31), bestehend seit Geburt. Die Alkohol- und Medikamentensucht sei Folge der depressiven



Erkrankung im Sinn eines "Medikationsversuchs", ebenfalls könne die Sucht im Zusammenhang mit der impulsiven Persönlichkeitsstörung vom Typus Borderline gesehen werden, als Selbstmedikation der impulsiven Durchbrüche, der inneren Leere oder als selbstzerstörerischer Akt. Keineswegs sei die Sucht primär; dagegen spreche, dass die psychiatrischen Diagnosen vorhanden seien, obschon die Beschwerdeführerin seit Jahren keinen Alkohol mehr konsumiere und die Menge an Lexotanil 3mg täglich psychisch kompensiert und viel zu gering sei, um grösseren Krankheitswert zu erlangen. Die (psychiatrische) Erkrankung sei nicht heilbar. Die Krankheit bewirke eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit (act. G 3.1/97).

2.5 Zunächst ist festzustellen, dass es sich bei Dr. F.____ nicht um einen behandelnden Arzt handelt. Vielmehr wurde ihm die Beschwerdeführerin erst anlässlich des vorliegend zu beurteilenden Revisionsverfahrens vom Rechtsvertreter zugewiesen. Dr. F.____ untersuchte die Beschwerdeführerin einmalig am 15. Mai 2012 und verfasste in der Folge das Schreiben vom 1. Juni 2012. Er nimmt damit eher die Funktion eines Parteigutachters wahr, wenn auch das genannte Schreiben nicht als Gutachten bezeichnet wird. Inhaltlich sind sich in Bezug auf die anamnestisch aufgeführte Alkoholabhängigkeit alle Beteiligten einig, dass diese seit Jahren (bzw. seit 2006) remittiert ist. Die Beschwerdeführerin selber bezeichnete sich gegenüber dem Gutachter nicht mehr als alkoholabhängig, wenn sie auch wiederum angab, manchmal Alkohol und Tabletten oder alle paar Monate ein Bier zu nehmen (act. G 3.1/71.15, 17 und 26). Insgesamt geht der Gutachter - unter gewissen Zweifeln - gestützt auf die anlässlich der Begutachtung erhobenen Laborwerte davon aus, dass aktuell tatsächlich nicht von einer Abhängigkeit auszugehen sei (act. G 3.1/71.26). Dr. F.____ geht davon aus, dass die Beschwerdeführerin seit 2006 keinen Alkohol mehr konsumiert (act. G 3.1/86.2). Nachdem in den Akten keine körperlichen, weiterhin bestehenden Auswirkungen des Alkoholkonsums erwähnt werden, besteht diesbezüglich keine massgebliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit mehr.

2.6 Umstritten ist demgegenüber die Beurteilung des depressiven Leidens der Beschwerdeführerin. Die Rentenzusprache erfolgte 2005 im Wesentlichen gestützt auf die Ausführungen im Verlaufsbericht der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle B.____ vom 25. Mai 2004. Damals ging diese Stelle vom Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Episode, aktuell schwere depressive Episode (F33.2) und einer



vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus. Des Weiteren bestand damals noch ein Alkoholmissbrauch (act. G 3.1/28). Die Beschwerdeführerin stand seit 17. Oktober 2001 wegen der depressiven Problematik bei der Beratungsstelle in Behandlung (act. G 3.1/11.2). Anlässlich des Revisionsverfahrens im Jahr 2006 erklärte die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, die Beschwerdeführerin sei letztmals im März 2006 in Behandlung gewesen (act. G 3.1/39). Die Beschwerdeführerin selber liess am 18. August 2006 ausrichten, nur noch bei ihrem Hausarzt Dr. C.____ in Behandlung zu sein. Dieser habe gesagt, sie müsse nicht mehr zum Psychiater gehen. Die Medikamente könne er ihr auch verschreiben (act. G 3.1/43). Eine nachgewiesene psychiatrische Behandlung erfolgte erst wieder ab 9. November 2009 in der Klinik G.____ bei Dr. med. D.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH. Dr. D.____ diagnostizierte in seinem Schreiben vom 9. November 2009 an Dr. C.____ eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen, wahrscheinlich im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (F33.11), eine generalisierte Angststörung (F41.1) sowie eine Lexotanilabhängigkeit (F13.25). Angaben zur Arbeitsfähigkeit machte er keine (act. G 3.1/52.5). Am 31. Mai 2010 meldete die Klinik G.____, dass die Beschwerdeführerin "seit 2009" nicht mehr dort in Behandlung sei (act. G 3.1/52.1). Die Beschwerdeführerin selber (bzw. wohl Dr. C.____) gab im Revisionsformular vom 20. Mai 2010 an, die letzte Kontrolle in der Klinik G.____ habe im Dezember 2009 stattgefunden (act. G 3.1/49.1). Hinweise auf eine weitere psychiatrische Behandlung finden sich nicht in den Akten und werden auch nicht geltend gemacht. Insbesondere finden sich keine näheren Angaben über eine vierjährige Behandlung in einer Tagesklinik. Nach eigenen Angaben der Beschwerdeführerin beim Gutachter Dr. E.____ wurde sie von ihrem ehemaligen Hausarzt, Dr. H.____, zu einer Psychiaterin nach I.____ überwiesen, die sie wiederum in die Tagesklinik geschickt habe. Dort sei sie vier Jahre hingegangen, seit drei Jahren jedoch nicht mehr (act. G 3.1/71.15). Im Revisionsfragebogen vom 2. Juli 2006 gab sie allerdings an, nur bei der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle B.____ (die am 7. Juli 2006 mitteilte, die letzte Behandlung habe im März 2006 stattgefunden [act. G 3.1/39]) sowie beim Hausarzt Dr. C.____ in Behandlung zu sein (act. G 3.1/37). Auch Dr. C.____ selber machte in seinem Verlaufsbericht vom 29. August 2006 keinerlei Hinweise auf eine parallel laufende psychiatrische Behandlung in einer Tagesklinik. Vielmehr führte er als therapeutische Massnahmen lediglich die von ihm abgegebene Medikation auf (act.



G 3.1/44). Es ist daher davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin unter der erwähnten Behandlung in der Tagesklinik diejenige bei der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle B.____ meinte, welcher eine Tagesklinik angeschlossen ist.

Zusammenfassend ist somit festzustellen, dass die Beschwerdeführerin von Oktober 2001 bis März 2006 bei der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle B.____ in ambulanter Behandlung und im November/

Dezember 2009 in der Klinik G.____ bei Dr. D.____ in psychiatrischer Behandlung war (nach eigenen Angaben der Beschwerdeführerin zwei Mal [act. G 3.1/71.15]). Die schlimmste psychische Phase scheint aber die Zeit von ca. 1995 bis 2004 gewesen zu sein, als die Beschwerdeführerin ein erhebliches Alkoholproblem hatte - so musste sie etwa am 28. Februar 1998 mit einer Alkoholintoxikation (5 Promille) ins Spital Z.____ eingeliefert werden (act. G 3.1/72.9) - und gemäss Angaben der Beratungsstelle mehrere Suizidversuche unternahm (act. G 3.1/11.2).

2.7 Beim geschilderten Behandlungsablauf erscheint nun plausibel, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin, die seit Ende 2009 - zum Zeitpunkt der Begutachtung im November 2011 also seit knapp zwei Jahren - nur noch in hausärztlicher, nicht aber mehr in psychiatrischer Behandlung stand, gebessert hat. Dies war wohl auch das Ziel der durchgeführten psychiatrischen Behandlungen. Dr. E.____ schildert ausführlich, wie er zu seiner Diagnose gelangte. So klage die Beschwerdeführerin zwar über eine Depression, wenn sie danach gefragt werde, ihre Angaben seien aber insgesamt sehr vage, unklar, teilweise auch widersprüchlich und es hätten sich kaum objektive Hinweise für das Vorliegen von depressiven Symptomen gefunden. Die Grundstimmung sei zwar etwas zum depressiven Pol hin verschoben, die affektive Modulationsfähigkeit sei aber nicht eingeschränkt. Auf Grund der Phänomenologie gehe er zum Zeitpunkt der Untersuchungen vom 12. Oktober und 16. November 2011 nicht vom Vorliegen einer eigentlichen depressiven Episode aus. Die in den Akten beschriebene rezidivierende depressive Störung sei somit remittiert (act. G 3.1/71.26 f.). Nach den jetzigen Leiden befragt, berichtete die Beschwerdeführerin selber im Wesentlichen über die bestehende Migräne, über Kraftlosigkeit und Schmerzen (act. G 3.1/71.15, 25 f.). Im Weiteren setzt sich Dr. E.____ mit der von Dr. D.____ gestellten Diagnose einer generalisierten Angststörung auseinander und führt auf, dass eine solche ausgeschlossen sei, wenn gleichzeitig - wie dies Dr. D.____ tue - eine depressive Episode diagnostiziert werde (act. G 3.1/71.27). Demgegenüber



vermag Dr. F.____ keine konkreten Umstände zu nennen, welche die von ihm diagnostizierte schwere depressive Episode belegen könnten. Es fehlen jegliche Angaben über durchgeführte Untersuchungen oder Testverfahren. In der Befunderhebung nennt er die stark verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit. Die Beschwerdeführerin sei im formalen Denken verlangsamt und umständlich, zum Teil verworren. Sie verliere oft den roten Faden, klage über Schlafstörungen, habe keine Hobbies und keine Interessen mehr, empfinde den Alltag als mühsam, fühle sich psychisch und physisch erschöpft und nicht belastbar. Es gebe keine Anhaltspunkte für Wahn oder Sinnestäuschungen, jedoch Ich-Störungen in der Form, dass sie sich oft nicht mehr spüre oder ihren eigenen Körper als "fremd" wahrnehme, was auch zur Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung passe. Ein affektiver Rapport sei nicht herstellbar, die Beschwerdeführerin sei nicht schwingungsfähig, habe latente Suizidgedanken, keinen Lebenssinn und keine Ziele im Leben (act. G 3.1/71.18). Zwar führt auch Dr. E.____ eine verminderte Konzentration auf, als von der Beschwerdeführerin genannte Beispiele führt er jedoch relativ harmlos wirkende Episoden auf, wie, dass sich die Beschwerdeführerin nicht mehr an das Essen vor zwei, drei Tagen erinnern könne, oder dass sie beim Spazieren manchmal nicht mehr wisse, wo sie sei. Die Weitschweifigkeit in den Ausführungen fiel auch Dr. E.____ auf, ebenso die angegebenen Schlafstörungen. Im Weiteren berichtet Dr. E.____ ebenfalls über die geklagte Minderung der Vitalgefühle und über die Insuffizienzgefühle, wobei er auch auf eine gewisse Inkonsistenz in den Angaben der Beschwerdeführerin hinweist. Demgegenüber beurteilt er den affektiven Rapport als herstellbar und die affektive Modulationsfähigkeit als uneingeschränkt. Im Gegensatz zu Dr. F.____ fand Dr. E.____ keine Hinweise auf ein Gefühl von Lebensüberdruß oder auf Todeswunsch oder Suizidgedanken (act. G 3.1/71.21). Im Schreiben von Dr. F.____ vom 1. Juni 2012 werden bezüglich der depressiven Problematik keine Aspekte vorgebracht oder gar konkretisiert, die der Administrativgutachter nicht berücksichtigt hätte, sodass die postulierte vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar erscheint. Dementsprechend vermögen die Ausführungen Dr. F.____s das Gutachten nicht zu erschüttern. Auch die Begründung für das (vermutete) Vorliegen einer impulsiven Persönlichkeitsstörung vom Typ Borderline vermag nicht zu überzeugen, führt Dr. F.____ als Ausdruck dieser Störung doch im Wesentlichen die Suizidhandlungen oder die Alkoholexzesse an. Beides ist jedoch seit langer Zeit remittiert, fand doch der letzte



Suizidversuch soweit ersichtlich im Mai/Juni 2001 statt (vgl. act. G 3.1/11.2), während die Alkoholabhängigkeit auch gemäss Angaben von Dr. F.____ offenbar bis 2006 fort dauerte. Ausser offenbar einer gewissen Neigung, sich auf instabile Beziehungen einzulassen (die Beschwerdeführerin ist in vierter Ehe verheiratet) und den angeblich übertriebenen Bemühungen, nicht verlassen zu werden, werden keine ICD-Kriterien für das Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus konkretisiert. Für das Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung des impulsiven Typus führt Dr. F.____ wie gesagt die Suizidhandlungen und Alkoholexzesse an, die er als eine Art Ausdruck von Gewalt der Beschwerdeführerin gegen sich selbst interpretiert. Das Vorhandensein eines einzelnen Kriteriums reicht für die Annahme einer Persönlichkeitsstörung jedoch nicht aus (vgl. Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 5. Aufl., 2010, Hans Huber Verlag, F60.30 und F60.31). Gemäss Angaben von Dr. E.____ im Schreiben vom 15. August 2012 leidet zudem niemand seit Geburt an einer Persönlichkeitsstörung (act. G 3.1/90.4).

2.8 Im Übrigen scheint Dr. F.____ aus der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin bisher eine ganze Rente bezogen hat, zu schliessen, dass die Depression demzufolge (für immer) schweren Grades sein müsse. Den gleichen Schluss scheint er auch aus den in der Vergangenheit erfolgten psychiatrischen Behandlungen der Beschwerdeführerin zu ziehen (act. G 3.1/86.3). Dies ist jedoch nicht zulässig. Dr. F.____ übersieht sodann, dass die von ihm zitierten Ärzte ("alle Ärzte ausser Dr. D.____ haben die Arbeitsfähigkeit auf 0 % geschätzt"), gemeint sind die Dres. J.____ und K.____ von der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle B.____ sowie Dr. C.____, ihre Arbeitsfähigkeitsschätzungen in den Jahren 2003 bis 2006 abgegeben haben. Diese Angaben waren denn auch der Grund für die seinerzeitige Rentenzusprache bzw. Nichtaufhebung der Rente anlässlich der ersten Revision vom Mai 2006. Selbst wenn man davon ausgehen wollte, dass die Beschwerdeführerin auch im Dezember 2009 anlässlich der Behandlung in der Klinik G.____ noch (oder wieder) zu 100 % arbeitsunfähig gewesen ist (was jedoch keineswegs belegt ist; die von Dr. D.____ aufgeführten Diagnosen führen nicht automatisch zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit), ist eine Remission der depressiven Episode bis zum Beurteilungszeitpunkt im November 2011 auch ohne "Wunderheilung" plausibel. Entgegen der Ansicht von Dr. F.____ geht Dr. E.____ zudem nicht davon aus, dass die gesundheitliche Besserung und die daraus abgeleitete volle Arbeitsfähigkeit plötzlich



zum Begutachtungszeitpunkt eingetreten seien. Vielmehr ist klar, dass diese im knapp zweijährigen Zeitraum seit der Beurteilung durch Dr. D.____ vom 9. November 2009 eingetreten sein muss, wobei die Arbeitsfähigkeit aber auch schon davor höher als 0 % gewesen sein kann. Zusammenfassend sprechen keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise von Dr. E.____, weshalb auf dieses Gutachten abzustellen und davon auszugehen ist, dass im Begutachtungszeitpunkt eine Lexotanilabhängigkeit und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert, vorlagen.

2.9 Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts vermögen "reine" Suchterkrankungen keine Invalidität im Sinn des Gesetzes zu bewirken. Eine anrechenbare Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit liegt nur vor, wenn die Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit eine Krankheit (oder einen Unfall) bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitszustand eingetreten ist, oder aber, wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 102 V 165, bestätigt in I 401/01 vom 4. April 2002 E. 2b-bb, 8C_480/2007 vom 20. März 2008 E. 6.1).

2.10 Vorliegend geht weder aus dem Gutachten von Dr. E.____ noch aus den übrigen medizinischen Akten hervor, dass die Lexotanilabhängigkeit zu einer weiteren Krankheit oder Unfall geführt hätte, welche die Arbeitsfähigkeit heute noch beeinträchtigen könnte. Als Folgekrankheit käme nur die später aufgetretene Depression in Frage, die aber nach den gültigen Feststellungen von Dr. E.____ remittiert ist (vgl. vorstehende Erwägungen 2.7 und 2.8). Im Übrigen steht keineswegs fest, dass die Depression, wenn auch zeitlich später aufgetreten, im Sinn einer Kausalkette auf den Medikamentenkonsum zurückzuführen ist. Dr. F.____ geht ohnehin davon aus, dass die Medikamentenabhängigkeit keinen Krankheitswert hat (und damit wohl auch nicht zu einer anderen Krankheit führen kann [act. G 3.1/86.2 f.]). Dies ist auch nicht zu erwarten, wird doch gemäss Arzneimittelkompendium nichts über Folgeerkrankungen bei längerer Einnahme des Medikaments berichtet (www.kompendium.ch). Ebenso wenig ist ersichtlich, dass Mitte der 90er-Jahre eine andere Krankheit ursächlich für den damals angefangenen Alkohol- und Medikamentenkonsum war. Vielmehr waren nach der Aktenlage die Eheprobleme der Auslöser, die jedoch keine massgebliche



Arbeitsunfähigkeit begründen können (act. G 3.1/11.2; vgl. auch Urteil 8C_480/2007 E. 6.3). Diesbezüglich vermögen denn die Ausführungen von Dr. F.____ nicht zu überzeugen, wonach die Alkohol- und Medikamentensucht Folge der depressiven Erkrankung sei, da jene - wie auch von Dr. E.____ ausgeführt - vor letzterer aufgetreten ist (vgl. auch act. G 3.1/11.1). Es kann somit nicht davon ausgegangen werden, dass gegenwärtig die Arbeitsfähigkeit nebst den allfälligen Wirkungen und Nebenwirkungen des Lexotanils als reinen Folgen des Medikamentenmissbrauchs von weiteren Faktoren beeinträchtigt wird. Wie gesagt, geht Dr. F.____ sogar davon aus, dass der Medikamentenkonsum psychisch kompensiert und viel zu gering sei, um grösseren Krankheitswert zu erlangen, selber also keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat (act. G 3.1/86.3). Mangels relevanter psychischer Begleiterkrankung ist nicht von einer invalidisierenden Wirkung der Lexotanilabhängigkeit im Rechtssinn auszugehen (vgl. Entscheid des Bundesgerichts vom 19. August 2013 [9C_856/12] E. 2.2.2.).

2.11 Für das vorliegende Revisionsverfahren ohne Bedeutung ist sodann, ob sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin dauerhaft gebessert hat. Es reicht, wenn die revisionsrechtlichen Bedingungen gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV erfüllt sind. Nach Angaben von Dr. E.____ lässt sich nicht genau sagen, seit wann die depressive Störung remittiert ist (act. G 3.1/71.28). Es ist somit davon auszugehen, dass die Verbesserung der psychischen Gesundheit spätestens drei Monate nach der Untersuchung vom 16. November 2011, mithin am 16. Februar 2012 - und somit auch zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses vom 30. August 2012 - zu berücksichtigen war. Nachdem im Verfügungszeitpunkt keine relevante bzw. anrechenbare Arbeitsunfähigkeit mehr bestanden hat, ist die Beschwerdegegnerin zu Recht von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen, so dass der Rentenanspruch - nachdem die Verfügung am 31. August 2012 zugestellt wurde (vgl. Beschwerde S. 2) - frühestens per 1. Oktober 2012 entfällt (Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV).

3.

3.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

3.2 Die Kosten für dieses Verfahren sind auf Fr. 600.-- festzusetzen. Zufolge der Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege ist die vollständig unterliegende



Beschwerdeführerin von der Bezahlung der Gerichtsgebühr zu befreien. Der Staat hat sodann für die Kosten der Rechtsvertretung aufzukommen. Ausgehend von einem Pauschalhonorar von Fr. 2'500.-- für den einfachen Schriftenwechsel, das gemäss Art. 31 Abs. 3 des St. Galler Anwaltsgesetzes (sGS 963.70) um einen Fünftel zu kürzen ist, ist die Entschädigung auf Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Wenn es die wirtschaftlichen Verhältnisse der Beschwerdeführerin gestatten, kann sie gemäss Art. 99 Abs. 2 des St. Galler Verwaltungsrechtspflegegesetzes (sGS 951.1) in Verbindung mit Art. 123 der Schweizer Zivilprozessordnung (SR 272) zur Nachzahlung der Gerichtskosten und zur Rückerstattung der Entschädigung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung verpflichtet werden.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin wird von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.- befreit.
3. Der Staat hat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin mit Fr. 2'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.