



**Fall-Nr.:** IV 2013/572  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 09.10.2019  
**Entscheiddatum:** 15.03.2016

### **Entscheid Versicherungsgericht, 15.03.2016**

**Art. 28 IVG. Neuanmeldung nach einer wiedererwägungsweisen  
Rentenaufhebung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St.  
Gallen vom 15. März 2016, IV 2013/572.**

Besetzung

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterinnen

Monika Gehrler-Hug und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Fides Hautle

Geschäftsnr.

IV 2013/572

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedergnana,

Rorschacher Strasse 21, Postfach 27, 9004 St. Gallen,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**



Gegenstand

### Rente

### Sachverhalt

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 12./17. März 2003 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an und beantragte namentlich eine Rente (act. 1). Dr. med. B.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, berichtete am 13. Mai 2003 (act. 12-1 bis 4), es bestünden seit 1998 rezidivierende Lumbalgien. Er diagnostizierte chronische Lumboischialgien links bei St. n. Diskushernienoperation L5/S1 rechts 30.3.99. Nach einem Autounfall vom Juni 1999 seien die Beschwerden exazerbiert. Bis 1992 sei die Versicherte erwerbstätig gewesen, seither sei sie im Haushalt tätig. Die Versicherte arbeite in ihrem Haushalt mit [...] Kindern voll, aber mit Schmerzen. Für grössere Reinigungsarbeiten benötige sie eine Hilfe (Einschränkung um 10 bis 20 %). Alle rüchenschonenden Tätigkeiten seien zumutbar. Eine Abklärung an Ort und Stelle vom 24. Mai 2004 (act. 39) - die Versicherte hatte sich inzwischen am 1. März 2004 einer transforaminalen lumbalen intersomatischen Fusion L5/S1 unterzogen - ergab, dass sie im Haushalt zu 70 % eingeschränkt sei. Dr. B.\_\_\_\_ berichtete am 29. Juni 2004 von einer der Versicherten zumutbaren Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten von 50 %. Die Klinik für Orthopädische Chirurgie gab am 16. August 2004 an, die Versicherte sei noch bis anfangs September 2004 voll arbeitsunfähig und ob andere Tätigkeiten zumutbar seien, lasse sich mangels Erreichens des Endzustands noch nicht beurteilen, aber auch, die bisherige Tätigkeit sei ihr noch an zweimal zwei bis drei Stunden pro Tag zumutbar (entsprechend einer Arbeitsfähigkeit von 60 %). Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle sprach der Versicherten daraufhin am 20. Januar 2005 (act. 51) ab 1. März 2002 eine ganze Rente zu (Invaliditätsgrad 73 % bei Aufteilung in 10 % Erwerbstätigkeit mit voller Arbeitsunfähigkeit und 90 % Haushaltstätigkeit mit einer Einschränkung von 70 %). - Ein Revisionsverfahren vom Mai 2005 endete mit der Feststellung vom 6. März 2007 (act. 74), dass keine rentenbeeinflussende Änderung vorliege. - In einem weiteren Revisionsverfahren von Amtes wegen ab Juli 2008 wurden am 15. Mai 2009 eine erneute Abklärung an Ort und



## St.Galler Gerichte

Stelle (act. 96) und eine medizinische Begutachtung durchgeführt. Im Gutachten vom 25. Januar 2010 (act. 104) bezeichnete das Ärztliche Begutachtungsinstitut (ABI) als (Haupt-) Diagnose ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne akute radikuläre Symptomatik, mit residuellem sensiblen Ausfallsyndrom S1 mit fehlendem Achillessehnenreflex rechts sowie mit einem Status nach TLIF L5/S1 am 01.03.2004 und Status nach Fenestration bei Diskushernie L5/S1 rechts 1999. Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine Schmerzverarbeitungsstörung genannt. Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten bestehe eine vollzeitliche Arbeitsfähigkeit mit einer um 20 % reduzierten Leistung, entsprechend einer zumutbaren Arbeitsleistung von 80 %. Für Tätigkeiten mit darüber hinausgehendem Belastungsprofil bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Die Einschränkung im Haushalt betrage aus medizinischer Sicht 30 %. Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle hob mit Verfügung vom 23. März 2010 (act. 114) die Verfügung vom 20. Januar 2005 wiedererwägungsweise auf und stellte die Rente ein (auf eine Rückforderung verzichtete sie). Die gegen diese Verfügung gerichtete Beschwerde vom 10. Mai 2010 (vgl. act. 120) wurde mit Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. Dezember 2010 (act. 134) insofern gutgeheissen, als die Aufhebung der Rente auf den 1. Mai 2010 hin vorzunehmen sei.

A.b Am 11./13. Mai 2011 (act. 136) meldete sich die Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung an. - Dr. B.\_\_\_\_ erklärte im Arztbericht vom 8. Juni 2011 (act. 147), die Versicherte leide nach wie vor unter dauernden Rückenschmerzen. Hinzu sei nun eine schwere depressive Verstimmung mit Suizidgedanken gekommen. Die Versicherte befinde sich in psychiatrischer Behandlung und sei von der betreffenden Stelle voll arbeitsunfähig geschrieben worden. - Am 15. August 2011 (act. 149) machte eine Rechtsvertreterin für die Versicherte unter Beilage verschiedener Arztberichte (act. 150 ff.) eine deutliche Verschlechterung vor allem der psychischen Komponente deren Gesundheitszustands geltend. Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurochirurgie, hatte in zwei Arztberichten vom 2. und vom 17. Februar 2011 (act. 150 f.) nebst den lumbalen Leiden auch Zervikalgien diagnostiziert. Die Klinik D.\_\_\_\_ hatte der Versicherten am 23. Mai 2011 eine volle Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vom 12. April bis 31. Mai 2011 attestiert (act. 152-1, bei Behandlung bis 21. Mai 2011), das Psychiatrie-Zentrum E.\_\_\_\_ am 7. Juni 2011 eine solche während des Monats Juni 2011 (act. 152-2). Dr. B.\_\_\_\_ hatte am 29. Juli 2011 (act. 153-1) berichtet, die Aberkennung der



## St.Galler Gerichte

Rente habe die Versicherte sehr getroffen. Sie sei in eine schwere Depression mit Suizidgedanken gefallen. Sicherlich könnte sie ganz leichte Arbeiten machen, doch brauche sie ja schon im Haushalt Hilfe und sei zudem durch die mangelnde Schulbildung schwer im Nachteil. Am 15. August 2011 gab Dr. B.\_\_\_\_ bekannt, es gehe der Versicherten wieder viel schlechter, so dass sie erneut in die Klinik D.\_\_\_\_ habe eingewiesen werden müssen (act. 153-2).

A.c Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle teilte am 31. August 2011 (act. 159) mit, berufliche Massnahmen seien zurzeit nicht möglich.

A.d Gemäss einem FI-Gesprächsprotokoll (act. 160) gab Dr. B.\_\_\_\_ dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der Invalidenversicherung am 24. August 2011 unter anderem an, die psychische Problematik habe sich seit Frühjahr 2011 verstärkt. Er ergänzte schriftlich, von der Psyche her, aber nicht vom Rückenleiden her, könne ein Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit erwartet werden.

A.e Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin, Psychiatrie-Zentrum E.\_\_\_\_, gab am 5. September 2011 (act. 161) bekannt, die Versicherte habe eine stationäre psychiatrische Behandlung [ab 12. April 2011] nach ca. fünf Wochen wegen eines Gehirntumors ihres Sohnes abgebrochen und habe sich nach dessen Operation wieder zur ambulanten Weiterbehandlung gemeldet. Am 11. August 2011 sei sie dabei in schwer depressiver Verfassung gewesen, so dass eine stationäre Massnahme indiziert gewesen sei (ab 15. August 2011 erfolgt). Im IV-Arztbericht vom 12. Oktober 2011 (act. 164) gab sie an, es liege eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, ohne psychotische Symptome vor. Seit dem 7. April 2011 sei die Versicherte aus psychiatrischer Sicht voll arbeitsunfähig.

A.f In einem Austrittsbericht der Klinik D.\_\_\_\_ vom 23. Juni 2011 betreffend den stationären Aufenthalt der Versicherten vom 12. April 2011 bis 21. Mai 2011 (act. 170, act. 205-16 ff.) war nebst einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode, ohne psychotische Symptome, eine noch nicht näher bezeichnete kognitive Störung diagnostiziert worden. Die Versicherte stehe in komplexer und schwieriger sozialer Situation. - Im Austrittsbericht vom 30. Dezember 2011 über die zweite Phase der stationären Behandlung vom 15. August 2011 bis 3. Dezember 2011



(act. 171, act. 205-12 ff.) wurde festgehalten, die Versicherte sei wegen Rückenbeschwerden seit Jahren nicht mehr arbeitsfähig und nun, da die Rente gestrichen worden sei, in finanziellen Schwierigkeiten, welche sie im Alltag ständig sehr belasteten. Unter weniger Stress habe sie gute Copingstrategien für ihre Schmerzproblematik, und auch sonst gute Ressourcen. Bei Austritt sei sie im Grundaffekt aufgehellter und deutlich stabiler gewesen. Psychomotorisch sei sie unauffällig gewesen. Suizidale Gedanken seien nur noch selten vorhanden.

A.g Dr. B.\_\_\_\_ hielt am 27. Februar 2012 (act. 175-1 bis 6) dafür, die Versicherte sei seit Jahren, mindestens seit 2011, voll leistungsunfähig. Sie leide an dauerndem Grübeln, Schlafstörungen, Depression und permanenten Schmerzen. Als Diagnose lägen unter anderem Zervikalgien vor.

A.h In einem Fragebogen zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit/Haushalt gab die Versicherte am 2. März 2012 (act. 176) unter anderem an, sie wäre ohne Behinderung voll erwerbstätig. Sie habe von März bis Mai 2011 RAV-Stellenbewerbungen unternommen. Das jüngste Kind sei 15-jährig. Fast alle Tätigkeiten im 4-Personen-Haushalt würden durch Dritte erledigt.

A.i Dr. F.\_\_\_\_ berichtete am 27. März 2012 (act. 179), bei der letzten Konsultation (bei ca. vierwöchigen Intervallen) habe sich die Versicherte in einer mittelgradig depressiven Stimmungslage gezeigt. Es sei eine dritte Wirbelsäulenoperation geplant. - Im IV-Arztbericht vom 9. August 2012 (act. 190) gab die Ärztin unter anderem an, aufgrund der chronischen Rückenschmerzen und der vielen psychosozialen Belastungsfaktoren sei die Versicherte in eine zusehends depressive Symptomatik mit Antriebsmangel, Niedergeschlagenheit und Schlafproblemen geraten. - Von Dr. C.\_\_\_\_ ging ein auf den 13. April 2012 nochmals datierter (also für dieses Datum wiederholter) Bericht vom 17. Februar 2011 (act. 183-4 f.) ein. Der Arzt hatte darin Dr. B.\_\_\_\_ um Zuweisung der Versicherten an die Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen ersucht.

A.j Der RAD befürwortete am 10. Oktober 2012 (act. 191) eine bidisziplinäre (orthopädische/psychiatrische) Begutachtung, denn eine volle Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht erscheine nicht nachvollziehbar.



A.k In ihrem Gutachten vom 24. März 2013 (act. 197, über die Begutachtung vom 15. Februar 2013) hielten Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, interdisziplinär (act. 197-37 f.) fest, es lägen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwergradige Episode, eine chronische Lumboischialgie L5/S1, weniger L4/L5, bei degenerativen Veränderungen ossärer und diskogener Art an der lumbalen Wirbelsäule sowie eine chronische Cervicobrachialgie bei degenerativen Veränderungen ossärer und diskogener Art an der cervicalen Wirbelsäule vor. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien akzentuierte Persönlichkeitsanteile mit ängstlich/abhängigen Anteilen und ein Naevus unklarer Dignität paraskapulär rechts. Seit Mitte Dezember 2012 weile die Versicherte wieder in der psychiatrischen Klinik. Zurzeit bestehe wegen der stark ausgeprägten depressiven Symptomatik im Sinn eines eigenständigen Krankheitsbildes in keiner Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit, und zwar seit April 2011 nicht mehr. Der RAD schloss sich der Beurteilung an (act. 200).

A.l Im IV-Arztbericht vom 6. Mai 2013 (act. 205-1 bis 7) erklärte die Klinik D.\_\_\_\_ (Psychiatrie-Dienste I.\_\_\_\_), es bestünden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, und ein chronisches lumbo-vertebrales Schmerzsyndrom. Bei Austritt [am 8. März 2013] habe die Versicherte eine deutlich aufgehellte Grundstimmung besessen, aber von Schwankungen berichtet. Sie habe auffällige Gedächtnisschwierigkeiten und habe in den Therapien eine verringerte Konzentrationsspanne gezeigt. Sie sei weiterhin voll arbeitsunfähig. Im beigelegten Austrittsbericht vom 11. März 2013 (act. 205-8 ff.) betreffend die stationäre Behandlung vom 12. Dezember 2012 bis 9. März 2013 hatte die Klinik D.\_\_\_\_ (Psychiatrie-Dienste I.\_\_\_\_) angegeben, es lägen eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome und ein (komorbides) chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom vor. Die Versicherte sei wegen eines schweren Erschöpfungszustands während dreier Monate stationär behandelt worden. Trotz zahlreicher medikamentöser Behandlungsversuche habe nur eine Teilremission erreicht werden können.

A.m Am 20. August 2013 stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle der Gutachterin der Psychiatrie verschiedene Fragen (act. 211). Dr. G.\_\_\_\_ antwortete am



## St.Galler Gerichte

13. September 2013 (act. 215-3), sie habe auf S. 35 irrtümlich von einer mittelgradigen depressiven Episode im Sommer 2008 geschrieben. Fast durchgängig sei der Schweregrad als schwer bezeichnet worden; eine Ausnahme mache der Bericht des Psychiatrischen Zentrums vom 27. März 2012. Gründe für das Leiden gebe es viele. Schon vor April 2011 habe die Versicherte immer wieder an Depressionen gelitten und die Vulnerabilität hierfür sei gesteigert. Die Einstellung der Rente der IV habe zu einer grossen Verunsicherung mit existenziellen Ängsten geführt. Das Auftreten solcher Episoden sei aber bei rezidivierender Erkrankung auch ohne nennenswerte äussere Belastungsfaktoren möglich.

A.n Mit Vorbescheid vom 24. September 2013 (act. 218 f.) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht.

A.o Die Versicherte liess hiergegen am 5. November 2013 (act. 224) einwenden, sie sei durchgehend als arbeitsunfähig eingeschätzt worden. Am 20. Juli 2013 habe sie einen Autounfall erlitten, welcher die Kopf-, Nacken- und Schulterschmerzen verstärkt habe.

A.p Am 7. November 2013 (act. 225) verfügte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle im Sinn des Vorbescheids.

B.

Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwalt Dr. iur. E. Ronald Pedernana für die Betroffene am 14. November 2013 erhobene Beschwerde. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, eine ganze Rente zu sprechen, eventualiter sei ein neues Gutachten zu erstellen. Der Beschwerdeführerin sei die unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverteidigung zu gewähren. Das Gutachten (vom 24. März 2013) sei in orthopädischer Hinsicht nicht verwertbar. Der Gutachter habe die Vorakten nicht gewürdigt und nicht alle Beschwerden berücksichtigt. Zudem habe er sich auf die Diagnose einer Fibromyalgie versteift, sie aber in der Diagnoseliste nicht aufgeführt. Er sei sich seiner Beurteilung nicht sicher und in gewisser Weise überfordert gewesen. Die Gutachterin der Psychiatrie habe



entgegen der Behauptung der Beschwerdegegnerin nicht bestätigt, dass psychosoziale Belastungsfaktoren wie die Renteneinstellung wesentlich zur Verschlechterung beigetragen hätten, sondern sie habe nur die Möglichkeit eines solchen Vorgangs festgestellt und zugleich erwähnt, dass eine schwere depressive Episode auch ohne diese Faktoren auftreten könne. Die Beschwerdegegnerin habe ihre Feststellungen so umformuliert, dass ein anderer Sachverhalt entstehe. Lügen keine schlüssigen medizinischen Angaben vor, bedinge das regelmässig Aktenergänzungen. Es sei nicht zulässig, stattdessen anderen Motiven und Umständen den Vorzug zu geben. Die Beschwerdegegnerin habe ferner den Unfall vom 20. Juli 2013 in ihrer Gesamtbeurteilung übergangen. Gemäss dem Bericht der Psychiatrie-Dienste I.\_\_\_\_ sei die Beschwerdeführerin wegen der ausgeprägten somatischen Komorbidität zur somatischen Rehabilitation in die Klinik Valens überwiesen worden. Es sei ein weiteres Gutachten unter Berücksichtigung der Unfallfolgen durchzuführen.

C.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 8. Januar 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Es gebe keine Hinweise darauf, dass der Gutachter der Orthopädie die Beschwerdeführerin nicht umfassend und kompetent untersucht habe. Er komme nachvollziehbarerweise zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin keine neurologischen Schäden, sondern degenerative Veränderungen im Rückenbereich vorlägen. Bezüglich der Fibromyalgie habe er festgehalten, sie könne lediglich zur Diskussion gestellt werden, weil die neuen Diagnosekriterien noch nicht anerkannt seien. Ob dieses Leiden vorliege oder nicht, könne offen bleiben, da es für sich allein nicht invalidisierend sei. Es lägen weder neurologische noch wesentliche Schädigungen im muskulo-skelettalen Bereich vor und die Arbeitsunfähigkeit in rückenadaptierten Tätigkeiten aus somatischer Sicht sei, was als grosszügig zu betrachten sei, auf 20 % festgelegt worden. Es handle sich demnach um ein mit einer somatoformen Schmerzstörung vergleichbares syndromales Leiden, zumal das ABI eine Schmerzverarbeitungsstörung diagnostiziert habe. Es lägen keine Hinweise dafür vor, dass die schwere depressive Episode eine eigenständige psychische Erkrankung darstelle, die nicht im Zusammenhang mit der Schmerzstörung und vor allem mit der schwierigen psychosozialen und soziokulturellen Situation stehe. Wie Dr. G.\_\_\_\_ erklärt habe, habe die Einstellung der Rente zu einer grossen Verunsicherung mit



existenziellen Ängsten geführt und die Entwicklung einer schweren depressiven Episode begünstigt. Die diagnostizierte Depression sei daher nicht invalidisierend, zumal auch keine Foerster'schen Kriterien in invalidisierendem Schweregrad ersichtlich seien. Vielmehr sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin psychiatrisch betrachtet voll arbeitsfähig sei, wie das bereits das ABI festgestellt habe. Weitere medizinische Abklärungen seien unnötig. Das geltend gemachte Unfallereignis vom 20. Juli 2013 habe keine gravierenden Auswirkungen gehabt, da keine Unfallverletzungen aktenkundig seien.

D.

Am 13. Januar 2014 entsprach die Gerichtsleitung dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung).

E.

E.a Mit Replik vom 16. Januar 2014 bringt der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vor, das orthopädische Gutachten habe sich nicht mit den Vorakten auseinandergesetzt, denn sonst hätte der Gutachter - im Wissen darum, dass der operative Eingriff nicht zu einem befriedigenden Resultat geführt habe - weitere Abklärungen in die Wege geleitet. Der Gutachter [...] sei ausserdem befangen und habe die Beurteilung mit gezogener Handbremse vorgenommen. Die Beschwerdegegnerin leite aus einer einzigen anamnesticen Aussage der Beschwerdeführerin ab, dass keine invalidisierende Depression vorliege, und übergehe die Diagnosestellung der Gutachterin der Psychiatrie.

E.b Mit Eingabe vom 27. März 2015 teilt der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin mit, sie befinde sich wieder in der Klinik. Der Austrittsbericht sei abzuwarten. - Am 31. Juli 2015 reicht er einen Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik J.\_\_\_\_ vom 16. Juli 2015 ein. Der behandelnde Psychiater med. prakt. J.\_\_\_\_ habe ausführlich begründet, weshalb die Beschwerdegegnerin im ersten Arbeitsmarkt nicht mehr leistungsfähig sei. Es sei eine schwere strukturelle Störung der Ich-Regulation vorhanden. Der Rechtsvertreter legt dar, somatische und psychosomatische und psychiatrische



Befunde würden so ineinander greifen, dass es nicht möglich sei, die Sache der Beschwerdeführerin irgendwo zu fassen. Unter Konfliktdruck reagiere sie mit Externalisierung von Verantwortung bzw. der Alltagsbewältigung. Der Psychiater solle es richten, der Arzt solle operieren, der Anwalt solle zum Recht verhelfen. Das sei nicht nur extrem nervig, sondern ein Wesenskern der Persönlichkeitsstörung, welche die Beschwerdeführerin für den ersten Arbeitsmarkt völlig untauglich mache. Das habe der RAD bereits im Januar 2012 festgestellt. Die Handhabung des Falls durch die Beschwerdegegnerin sei unverständlich und volkswirtschaftlich schädlich, denn ökonomische Unsicherheit bzw. die Aufhebung der Rente bei einer Person, die sich ohnehin bereits nur knapp psychisch über Wasser halten könne, trage zweifellos zur Dekompensation bei. Aus ihrem Handeln würden notwendige Klinikaufenthalte folgen. - Im genannten Austrittsbericht betreffend die Hospitalisation vom 9. Februar 2015 bis 30. April 2015 war festgehalten worden, es lägen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen, narzisstischen, ängstlich-vermeidenden und emotional instabilen Anteilen sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor. Die chronischen neuropathischen Schmerzen, belegt durch frühere orthopädische Befunde mit entsprechenden Operationen, hätten sich zu einem chronischen Schmerzerleben im Sinn einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung entwickelt. Die Diagnose der Persönlichkeitsstörung ergebe sich aus dem Interaktionsverhalten und dem Abwehrmuster der Beschwerdeführerin. Sie schwanke zwischen Aggression und Regression. In den Austrittsberichten der Klinik D.\_\_\_\_ und den Gutachten seien die traumatisierenden Ereignisse in der Kindheit und Jugendzeit im Hinblick auf die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung viel zu wenig mit einbezogen worden. Deprivationserleben im Sinn von fehlenden emotional tragenden Beziehungserfahrungen in der Primärfamilie, schwere frühe Verlusterlebnisse und körperliche Gewalterfahrungen in der Ehe hätten sich auf die Persönlichkeitsentwicklung so ausgewirkt, dass sich ein allgemeines Bedrohungsgefühl und eine schwere Vulnerabilität in der Persönlichkeit manifestiert hätten. In der Folge habe sich ein unbewusster Versorgung-versus-Autarkie-Konflikt ausgebildet. Unter Konfliktdruck reagiere die Beschwerdeführerin entsprechend mit einer Externalisierung von Verantwortung für die Lösung bzw. ihrer Alltagsbewältigung. Es bestehe der Wunsch, die professionellen Helfer sollten ihr Leben in Ordnung bringen. Sie reagiere



ferner mit der neurotischen Symptombildung einer Pseudodemenz, was sich immer wieder in kognitiven Einschränkungen im Alltag zeige. Dabei seien die Einflüsse von depressiven Symptomen und die sedierende Nebenwirkung von Tramadol zu berücksichtigen. Es sei nicht vorstellbar, dass die Beschwerdeführerin auf dem ersten Arbeitsmarkt nochmals vermittelbar sein werde, und zwar aufgrund ihres Sozialverhaltens, der mangelnden Sprachkenntnisse, der mangelnden Copingstrategien in Konfliktsituationen und der (im Sinn einer feindlichen Aussenwelt) verschobenen Wahrnehmung der Realität. Im Hinblick auf die geänderte Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung sei zu erwähnen, dass das Interaktionsverhalten, die verschobene Realitätswahrnehmung und das Konfliktverhalten im Rahmen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung die Aspekte darstellten, die für die Arbeitsfähigkeit limitierend seien. Ferner sei bei einer solchen Persönlichkeitsstörung eine schwere strukturelle Störung der Ich-Regulation vorhanden.

F.

In ihrer Duplik vom 24. Juli 2015 (Eingang: 13. August 2015) hält die Beschwerdegegnerin dafür, die psychosozialen Belastungsfaktoren hätten einen erheblichen Einfluss auf das von der Beschwerdeführerin präsentierte Beschwerdebild. Soziale Belastungen, die direkte negative Folgen zeigten, müssten gemäss dem Bundesgericht bei der Bemessung der Invalidität ausgeklammert bleiben. Eine von den psychosozialen Faktoren abschichtbare psychische Pathologie sei nicht ersichtlich. Deshalb sei nicht von einer invalidisierenden Gesundheitsschädigung auszugehen. Der Austrittsbericht vom 16. Juli 2015 sei nicht von Relevanz, weil nur die tatsächlichen Verhältnisse bis zum Verfügungszeitpunkt zu berücksichtigen seien.

G.

Mit Eingabe vom 24. August 2015 stellt sich der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, es stünden bei der Beschwerdeführerin gerade keine sozialen Probleme im Vordergrund, die abgeschichtet werden müssten. Das Sezieren des sozialen Anteils eines psychischen Problems, das den Blick freigebe auf die unverstellte psychische Grundlagenproblematik, brächte ganz neue



Perspektiven in die Psychiatrie. Der eingereichte Austrittsbericht beschreibe keine neuen tatsächlichen Verhältnisse, denn die psychische Befindlichkeit habe sich nicht verändert, sondern er liefere eine umfassende psychiatrische Erklärung für die Unfähigkeit der Beschwerdeführerin, eine verwertbare Leistung zu erbringen.

### Erwägungen

1.

1.1 Mit der angefochtenen Verfügung vom 7. November 2013 hat die Beschwerdegegnerin das Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin vom Mai 2011 (Neuanmeldung nach einer rechtskräftig gerichtlich beurteilten wiedererwägungsweisen Aufhebung einer am 20. Januar 2005 ab 1. März 2002 zugesprochenen ganzen Rente mit Wirkung ab 1. Mai 2010; damals strittig: Sachverhalt bis 23. März 2010) abgewiesen. Zu beurteilen ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Zeitpunkt des Erlasses dieser Verfügung entwickelt hat.

1.2 Die Beschwerdeführerin lässt einzig Rentenleistungen beantragen. Berufliche Massnahmen wurden als wegen des Gesundheitszustands nicht möglich betrachtet. Streitgegenstand bildet daher der allfällige Rentenanspruch. Ergäbe sich allerdings, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage stünde, so gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht der Beschwerdeführerin zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen habe.

2.

2.1 Nach Art. 28 Abs. 2 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 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Art. 4 Abs. 1 IVG versichert zu



Erwerbsunfähigkeit führende Gesundheitsschäden (worunter soziokulturelle Umstände nicht zu begreifen sind). Eine (durch eine Gesundheitsschädigung bedingte) Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit muss in jedem Einzelfall unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein (vgl. BGE 127 V 294, insbesondere E. 5a und 4c, BGE 99 V 28). Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, Arbeit in ausreichendem Masse zu verrichten, zu vermeiden in der Lage wäre, sind nicht als Auswirkungen einer krankhaften (dort: seelischen) Verfassung zu betrachten (BGE 102 V 165).

2.3 Die Bestimmung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit ist in allen Fällen das Resultat der - einem objektivierten Massstab folgenden - Beurteilung, ob die versicherte Person trotz des ärztlich diagnostizierten Leidens einer angepassten Arbeit zumutbarerweise ganz oder teilweise nachgehen kann (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.7.3; vgl. auch BGE 127 V 294, BGE 139 V 547).

2.4 Steht fest, dass ein solcher Krankheitszustand mit (unüberwindlichem, d.h. ganze oder teilweise Unzumutbarkeit einer Tätigkeit bewirkendem) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt, ist unerheblich, ob auch soziale, invalidenversicherungsfremde Faktoren als (Teil-) Ursache bei dessen Entstehung eine wesentliche Rolle gespielt haben (vgl. BGE 139 V 547 E. 3.2.2).

2.5 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. In die gesetzliche Begriffsumschreibung der Arbeitsunfähigkeit (nach Art. 16 ATSG) ist der Aspekt der zumutbaren Arbeit integriert; denn in dem Umfang, wie eine versicherte Person von funktionellem Leistungsvermögen und Vorhandensein/Verfügbarkeit psychischer Ressourcen her eine (Rest-)Arbeitsfähigkeit aufweist, ist ihr die Ausübung entsprechend profilierter Tätigkeiten zumutbar, es sei denn, andere als medizinische Gründe stünden der Bejahung der Zumutbarkeit im Einzelfall in invalidenversicherungsrechtlich erheblicher Weise entgegen, was jedoch nur in sehr engem Rahmen der Fall sein kann (vgl. BGE 132 V 393).

3.



3.1 In somatischer Hinsicht lässt sich festhalten, dass gemäss dem Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ vom 24. März 2013 für eine körperlich angepasste Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 80 % auszugehen ist, welche ganztätig, aber mit vermehrten betriebsunüblichen Pausen umzusetzen ist. Eine relevante Veränderung im Vergleich zum Zustand bei der Begutachtung von 2010 sei nicht eingetreten. Diagnostisch gesehen handle es sich bei den Leiden um eine chronische Lumboischialgie und eine chronische Cervicobrachialgie. Der Gutachter der Orthopädie hat die Anamnese erhoben, die geklagten Beschwerden erfragt und die Vorakten, darunter auch die bildgebenden medizinischen Aufzeichnungen, zur Kenntnis genommen. Er hat die orthopädischen Befunde und einen neurologischen Status erhoben. Die Beurteilung wurde somit nach einer umfassenden Begutachtung vorgenommen. Bei der Beschwerdesituation der Beschwerdeführerin standen die lumbal lokalisierten Schmerzen deutlich im Vordergrund, vor Schmerzen im Nacken. Von der HWS war am 2. Februar 2012 ein MRI gemacht worden, das jüngste Bild der LWS stammt vom Januar 2011. Das kann als ausreichend betrachtet werden.

3.2 Den Diagnosen nach zu schliessen erlangte erst nach der ABI-Begutachtung vom Januar 2010 eine Cervicobrachialgie Relevanz. Den vom ABI zugezogenen Akten des Kantonsspitals St. Gallen hatte zwar entnommen werden können, dass die Beschwerdeführerin von zunehmenden Zervikalgien und Lumbalgien mit Ausstrahlung ins linke Bein nach einem Autounfall vom 6. Dezember 2008 (offenbar frontale Kollision) berichtet hatte. Ein HWS-Röntgenbild war jedoch vollkommen unauffällig ausgefallen (act. 104-32). Im Bereich der HWS war am 23. Dezember 2008 keine Druck- oder Klopfdolenz der Dornfortsätze zu verzeichnen, die Beweglichkeit der HWS unauffällig gewesen. Bei der ABI-Begutachtung selber waren keine entsprechenden Beschwerden beklagt worden (ausserdem waren keine Verspannungen der Nackenmuskulatur tastbar). Nach der Aktenlage wurden erstmals im Februar 2011 von Dr. C.\_\_\_\_ nebst den lumbalen Schädigungen auch Zervikalgien diagnostiziert. Dr. H.\_\_\_\_ hielt fest, es bestünden an der cervicalen Wirbelsäule degenerativ bedingte Beschwerden. Die Angaben der Beschwerdeführerin, die auf eine C8-Problematik schliessen lassen würden, würden zwar durch die bildgebenden Verfahren nicht bestätigt. Es hätten sich jedoch Veränderungen auf den Höhen C5/C6 und C6/C7 gezeigt, und zwar ohne Nachweis einer Komprimierung neuraler Elemente. Die geltend gemachte Verstärkung der Schmerzproblematik liess sich nach Auffassung von Dr. H.\_\_\_\_ klinisch nicht



vollumfänglich objektivieren. Das Begutachtungsergebnis einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % in adaptierter Tätigkeit ist damit insgesamt nachvollziehbar begründet worden. Für den Begutachtungszeitpunkt (vom 15. Februar 2013) ist dem orthopädischen Gutachten Beweiswert zuzumessen. - Dass der Gutachter mit der Beschwerdeführerin in seiner früheren Aufgabe [...] vorbefasst war (er hat einmal eine Begutachtung vorgeschlagen, ein andermal einen innert zwei gesetzten Vergleichszeitpunkten medizinisch unveränderten Zustand festgestellt), rechtfertigt nicht, auf das Gutachten nicht abzustellen. Selbst ein Anschein von Befangenheit des Gutachters (bzw. von Voreingenommenheit, so dass das Begutachtungsergebnis für ihn nicht mehr offen gewesen wäre) lässt sich nicht ausmachen.

3.3 Die Beschwerdeführerin macht geltend, sie habe am 20. Juli 2013, also nach der Begutachtung durch Dr. H.\_\_\_\_, einen weiteren Verkehrsunfall (sie sei seitlich von einem LKW gerammt worden) erlitten, nach welchem die Kopf-, Nacken- und Schulterschmerzen verstärkt aufgetreten seien. Zu einem solchen Unfall fehlen bis anhin jegliche Akten, namentlich liegt auch kein Bericht der Klinik Valens vor, wohin die Beschwerdeführerin zugewiesen worden war und im August 2013 eingetreten ist (bei massgeblichem Zeitpunkt des Verfügungserlasses im November 2013). Ferner gibt es auch von einer "Schmerz-Spezialeinrichtung" (erwähnt in act. 205-9) keinen Bericht (von act. 185-3 fehlt im Übrigen ein Rest). Wie es sich damit verhält, kann jedoch offen bleiben, wie sich aus dem Folgenden ergibt.

4.

4.1 Was den psychiatrischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin betrifft, hat Dr. G.\_\_\_\_ aufgrund der Begutachtung vom Februar 2013 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwergradige Episode, diagnostiziert. Akzentuierte Persönlichkeitsanteile mit ängstlich/abhängigen Anteilen seien ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Wegen der stark ausgeprägten depressiven Symptomatik im Sinn eines eigenständigen Krankheitsbildes bestehe aber seit April 2011 keine Arbeitsfähigkeit mehr.

4.2 Der RAD schloss sich dieser Beurteilung an. Die Beschwerdegegnerin hält indessen dafür, die diagnostizierte Depression sei nicht invalidisierend. Sie stelle keine



eigenständige psychische Erkrankung dar (sondern eine Erkrankung, die im Zusammenhang mit der Schmerzstörung und vor allem mit der schwierigen psychosozialen und soziokulturellen Situation stehe).

4.3 Was den fraglichen Gesundheitsschaden der Beschwerdeführerin betrifft, hat nicht allein die Gutachterin eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert, sondern diese diagnostische Einschätzung stimmt mit den Angaben der ebenfalls fachärztlichen behandelnden Stellen überein (im Einzelnen s. unten E. 5.2).

4.4

4.4.1 Die Gutachterin begründete die Diagnose mit depressiver Stimmung der Beschwerdeführerin, Interessen- und Freudeverlust, vermindertem Antrieb, gesteigerter Ermüdbarkeit, Verlust des Selbstwertgefühls, unangemessenen Schuldgefühlen, wiederkehrenden Gedanken an den Tod, verminderter Konzentrationsfähigkeit, Schlafstörung und Appetitverlust. Sie beschrieb als Befund (act. 197-33 f.) unter anderem, die Beschwerdeführerin habe vom äusseren Erscheinungsbild her vorgealtert und müde gewirkt. Der Antrieb sei reduziert und schwunglos gewesen, die Gangart unsicher und verspannt wirkend. Beim Aufstehen habe sie immer wieder über Schwindelgefühl geklagt. Im Ausdrucksverhalten sei sie flach, müde wirkend, spärlich und ausdrucksarm gewesen. Vom Willen her habe sie negativistisch gewirkt. Das formale Denken sei einfallsarm, teilweise gehemmt und verlangsamt gewesen. Die Stimmung sei depressiv, gedrückt, hoffnungslos, mutlos, pessimistisch und verzagt bis verzweifelt gewesen. Aufmerksamkeitskonzentration und Merkfähigkeit hätten während des eindreiviertelstündigen Gesprächs nachgelassen. Die Beschwerdeführerin sei teilweise schwer besinnlich gewesen und es hätten Merkfähigkeits- und Zeitgitterstörungen bestanden. Suizidalität sei verneint worden, doch habe es inkonkrete Suizidgedanken gegeben.

4.4.2 Auch in den übrigen Akten werden erhebliche depressive Befunde beschrieben: Das Psychiatrie-Zentrum E.\_\_\_\_ hatte im Bericht vom 12. Oktober 2011 (act. 164-2, allerdings unter Anamnese) festgehalten, die Beschwerdeführerin habe sich im Juni 2011 in einer mittelgradig depressiven Stimmung gezeigt. Wegen der Entwicklung in Richtung einer schweren depressiven Stimmungslage mit latenter Suizidalität habe sich



## St.Galler Gerichte

die Beschwerdeführerin wieder in stationäre Therapie begeben (bzw. sei dorthin zugewiesen worden, act. 179-1 f.). Beim Befund war dargelegt worden, die Stimmung der Beschwerdeführerin sei schwer depressiv gewesen, fast durchgehend weinerlich, der Affekt sei labil gewesen. Es habe Hoffnungs-, Rat- und Kraftlosigkeit bestanden. Die Beschwerdeführerin habe über Ein- und Durchschlafstörungen und reduzierten Appetit, manchmal Übelkeit geklagt. Formal im Denken sei sie auf die psychischen und physischen Leiden und auf ihre schwierige soziale Situation eingeeengt gewesen. Psychomotorisch sei sie unruhig gewesen und seit längerem sei eine latente Suizidalität bekannt. Die Klinik D.\_\_\_\_ hatte in ihrem Bericht vom 30. Dezember 2011 (act. 205-13) festgehalten, die Beschwerdeführerin sei offen im Interaktionsverhalten, sie beginne während des Gesprächs öfters zu weinen, Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnis schienen nicht beeinträchtigt, sie klage über Vergesslichkeit in der letzten Zeit und über Grübelneigung, im Affekt wirke sie weinerlich, traurig, sorgenvoll und müde, sie habe sich in der letzten Zeit sozial zurückgezogen, psychomotorisch wirke sie unruhig; bei Austritt sei sie im Grundaffekt aufgehellter, deutlich stabiler gewesen, die Vergesslichkeit habe objektiv weniger gewirkt, soziale Interaktionen seien vermehrt vorhanden gewesen, psychomotorisch sei die Beschwerdeführerin unauffällig gewesen und suizidale Gedanken seien nur noch selten vorhanden gewesen. Im Bericht vom 9. August 2012 des Psychiatrie-Zentrums E.\_\_\_\_ (act. 190-4) war erklärt worden, im Interaktionsverhalten sei die Beschwerdeführerin offen und freundlich gewesen, Konzentration, Auffassung und Aufmerksamkeit seien unauffällig, die Stimmung mittelgradig bzw. schwer depressiv gewesen, die Beschwerdeführerin berichte über Grübelneigung und immer wieder über sozialen Rückzug, sie sei psychomotorisch ruhig gewesen, im Affekt habe sie oft weinerlich und traurig, sorgenvoll und niedergeschlagen gewirkt, sie habe zeitweise Schlafprobleme und zeitweise eine passive Todessehnsucht, manchmal auch aktive Suizidgedanken. Die Arbeitsunfähigkeit wurde mit der depressiven Symptomatik mit erheblichem Morgentief, stark verminderter Belastbarkeit, Antriebsmangel, Niedergeschlagenheit und Gedankenkreisen begründet. Im Bericht vom 11. März 2013 (act. 205-9 f.; vgl. auch act. 205-3) hatte die Klinik D.\_\_\_\_ bekannt gegeben, die Beschwerdeführerin habe bei Eintritt mitgeteilt, seit dem Austritt aus der Schmerzlinik nur noch in der Wohnung zu liegen und nicht mehr aufzustehen, sich um nichts mehr kümmern zu können, keine Kraft und Lust zu haben, den Alltag zu bewältigen, und sich sozial zurückgezogen zu



haben. Sie sei wenig auskunftsbereit gewesen und habe Schwierigkeiten, den Zustand bzw. die Stimmung zu beschreiben. Sie habe Zukunftsängste geäußert und affektiv bedrückt und verzweifelt gewirkt. Es seien Suizidgedanken vorhanden; ein diesbezüglicher Versuch sei aus der Vergangenheit bekannt. Aus dem Verlauf hatte die Klinik berichtet, die Beschwerdeführerin habe trotz hoch dosierter antidepressiver Medikation eine anhaltende schwere depressive Symptomatik gezeigt und sei nicht im Stande gewesen, am aktivierenden Therapieprogramm teilzuhaben. Nach einem Wechsel der Medikation habe sich eine teilweise Besserung abgezeichnet, doch sei es der Beschwerdeführerin bei nur teilweiser Remission und der komorbiden ausgeprägten Schmerzproblematik nur beschränkt gelungen, am Therapieprogramm teilzunehmen. Sie sei während der ganzen Hospitalisation durch ausgeprägte Vergesslichkeit aufgefallen (das sei wohl bedingt durch die Auswirkungen der depressiven Störung und der Schmerzmedikation).

4.5 Hinsichtlich des Beweiswerts des Gutachtens ist kritisch zu bedenken, dass die erhobenen Befunde wesentlich auf den Angaben der Beschwerdeführerin selbst basieren und fraglich ist, ob eine ausreichende Objektivierung erfolgt sei, da doch nicht ersichtlich ist, dass entsprechende Tests (etwa Hamilton Depressionsskala o.Ä.) gemacht oder etwa fremdanamnestische Auskünfte eingeholt worden wären. - Die psychiatrisch behandelnden Fachpersonen und die Gutachterin gehen im Weiteren von einer Situation starken Schmerzes aus, wobei auch diesbezüglich nicht erkennbar ist, ob der angenommene Schmerzmittelgebrauch geprüft worden sei (durch Serumspiegelmessungen, bei denen allerdings zu beachten ist, dass der Blutspiegel aus individuellen Gründen - etwa infolge von unterschiedlicher Resorption oder Non-Responder-Einflüssen - offenbar um bis zu Faktor 20 variieren kann [so jedenfalls J. John Mann, Drug Therapy, The Medical Management of Depression, in New England Journal of Medicine, October 27, 2005, 1829]; vgl. Ergebnis der ABI-Messungen für frühere Zeit).

4.6 Die Gutachterin ist zudem davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin seit der Jugend an einer rezidivierenden depressiven Störung leide, hatte diese ihr doch angegeben, schon seit dem Teenager-Alter depressiv gewesen zu sein. Der Hausarzt habe immer wieder Antidepressiva abgegeben (act. 197-32). Weder in dessen noch in anderen in den Akten enthaltenen Berichten vor April 2011 ist allerdings ein



entsprechender Hinweis auf eine im Jugendalter aufgetretene depressive Erkrankung (bzw. entsprechende Behandlung) zu finden. In einem Bericht des Palliativzentrums am Kantonsspital St. Gallen vom 20. Dezember 2006 etwa wurden bei der Medikation nur Analgetika und keine Psychopharmaka bezeichnet. Nicht ausgeschlossen ist indessen, dass Antidepressiva unter den erwähnten anderen, nicht näher nennbaren Medikamenten gewesen sein könnten, die zu einer starken Müdigkeit geführt hätten (act. 69-12). Bei der psychiatrischen ABI-Begutachtung vom Januar 2010 waren allerdings keine Hinweise für eine depressive Störung vorgefunden worden. In psychiatrischer oder psychologischer Behandlung war die Beschwerdeführerin damals nach eigenen Angaben noch nie gewesen (act. 104-12 f.). Es war dort eine Schmerzverarbeitungsstörung diagnostiziert worden. - Die Gutachterin der Psychiatrie berichtete ihre ursprüngliche zeitliche Angabe, dass einzig im Sommer 2008 einmal nur eine mittelgradige Episode, ansonsten aber eine schwere Depression angegeben worden sei (act. 197-35), nachträglich (act. 215-3: mittelgradige Depression einzig im Februar 2012 bescheinigt). Es ist aber dennoch anzunehmen, dass sie bei der Begutachtung insgesamt von einer sehr lange anhaltenden (nämlich in die Jugend zurückreichenden) depressiven Symptomatik ausgegangen ist, worauf sich in den früheren Akten wie dargelegt kaum Hinweise finden.

4.7 Was den Arztbericht der Psychiatrischen Klinik J.\_\_\_\_ betrifft, welcher rund zwanzig Monate nach Erlass der angefochtenen Verfügung, am 16. Juli 2015, erstattet wurde, kann ferner - auch wenn Veränderungen im Zeitablauf nicht auszuschliessen sind - angenommen werden, dass er im Wesentlichen einen medizinischen Sachverhalt beschreibt, welcher schon zum vorliegend massgeblichen Zeitpunkt bestand, mindestens insofern, als eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert und dargelegt wird, in den Austrittsberichten der Klinik D.\_\_\_\_ und in den Gutachten seien die traumatisierenden Ereignisse in der Kindheit und Jugendzeit viel zu wenig mit einbezogen worden. Begründet wird diese Diagnose mit Deprivationserleben im Sinn von fehlenden emotional tragenden Beziehungserfahrungen in der Primärfamilie, schweren frühen Verlusterlebnissen und körperlichen Gewalterfahrungen in der Ehe. Zu den diagnostischen Kriterien von Persönlichkeitsstörungen gehört allerdings unter anderem der Nachweis, dass die Abweichung stabil und von langer Dauer ist und im späten Kindesalter oder der Adoleszenz begonnen hat, was angesichts des Umstands, dass sie bis dahin nicht erkannt wurde, Abklärungen bzw. eine Verifizierung nahelegen



würde. Die Arbeitsunfähigkeit wird zudem mit dem Sozialverhalten (Interaktions- und Konfliktverhalten, Abwehrmuster) der Beschwerdeführerin, den mangelnden Sprachkenntnissen, den mangelnden Copingstrategien in Konfliktsituationen und der (im Sinn einer feindlichen Aussenwelt) verschobenen Wahrnehmung der Realität begründet. Ferner bestehe bei einer solchen Persönlichkeitsstörung eine schwere strukturelle Störung der Ich-Regulation. Damit enthält diese psychiatrische Beurteilung gewisse Abweichungen von den übrigen Berichten psychiatrischer Fachpersonen und der Gutachterin Dr. G.\_\_\_\_ (namentlich in Bezug auf Ich-Störungen, die dort durchwegs verneint wurden; das Interaktionsverhalten, vgl. act. 190-4; und eventuell die Copingstrategien, vgl. act. 205-13), wenn auch festzuhalten ist, dass die Gutachterin immerhin von ängstlich/abhängigen Anteilen der Persönlichkeit ausgegangen ist.

5.

5.1 Die Veranlassung ergänzender diesbezüglicher Abklärungen ist indessen nicht erforderlich. Abgesehen davon, dass von entsprechenden Massnahmen keine zusätzlichen Erkenntnisse mehr erwartet werden können, zumal der massgebliche psychiatrische Sachverhalt bereits längere Zeit zurückliegt, lässt die vorhandene Aktenlage zu, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vom Eintritt und dem Anhalten einer die Arbeitsfähigkeit ganz vernichtenden rezidivierenden depressiven Störung der Beschwerdeführerin meist schwergradigen Ausmasses über den gesamten, zu beurteilenden Zeitraum hinweg auszugehen:

5.2 Diese Beurteilung hat die Gutachterin der Psychiatrie, Dr. G.\_\_\_\_, vorgenommen und sie fügt sich ohne Widerspruch in die übrigen fachärztlichen Einschätzungen ein. Innerhalb des Zeitraums von April bis Dezember 2011 wurde der Beschwerdeführerin sowohl vom Psychiatrie-Zentrum E.\_\_\_\_ (im Bericht vom 5. September 2011 für den Zeitpunkt vom 11. August 2011 und im IV-Arztbericht vom 12. Oktober 2011) wie auch von der Klinik D.\_\_\_\_ (Austrittsbericht vom 23. Juni 2011 betreffend den stationären Aufenthalt vom 12. April 2011 bis 21. Mai 2011 und Austrittsbericht vom 30. Dezember 2011 über die zweite Phase der stationären Behandlung vom 15. August 2011 bis 3. Dezember 2011) eine rezidivierende depressive Störung, jeweils schwere Episode ohne psychotische Symptome, attestiert. - Am 9. Februar 2012 lag nach Angaben des Psychiatrie-Zentrums E.\_\_\_\_ eine - immerhin - mittelgradig depressive Stimmungslage



vor. - Auch anlässlich der ab dem 12. Dezember 2012 erfolgten neuerlichen stationären Behandlung ging die Klinik D.\_\_\_\_ von einer schweren (depressiven) Episode der Beschwerdeführerin aus (IV-Arztbericht vom 6. Mai 2013 und Austrittsbericht vom 11. März 2013 betreffend den Aufenthalt vom 12. Dezember 2012 bis 9. März 2013). - Im (späteren) Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik J.\_\_\_\_ vom 16. Juli 2015 betreffend die Hospitalisation vom 9. Februar 2015 bis 30. April 2015 schliesslich wurde ebenfalls dieselbe Diagnose gestellt, dazu aber wie erwähnt noch diejenigen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit histrionischen, narzisstischen, ängstlich-vermeidenden und emotional instabilen Anteilen sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung.

5.3 Die behandelnden Ärzte befinden sich bezüglich deren Angaben zwar einerseits in einer Vertrauensstellung zu den Patienten. Der Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilungen wird aber andererseits dadurch gestärkt, dass sie auf einer längeren Beobachtungszeit beruhen.

5.4 Vorliegend fällt nebst den übereinstimmenden fachärztlichen Diagnosestellungen und Einschätzungen namentlich ins Gewicht, dass die Beschwerdeführerin nach der Aktenlage zwischen dem 12. April 2011 und dem Verfügungszeitpunkt am 7. November 2013 dreimal psychiatrisch hospitalisiert gewesen ist, und zwar für jeweils beträchtlich lange Zeiträume von immerhin rund fünfeinhalb, sechzehn und zwölf Wochen. Wie erwähnt hat die Klinik D.\_\_\_\_ am 11. März 2013 zudem davon berichtet, dass die Beschwerdeführerin die anhaltende schwere depressive Symptomatik trotz hoch dosierter antidepressiver Medikation gezeigt habe. Ein Wechsel der Medikation habe [nur, aber immerhin] eine teilweise Besserung gebracht. Die aufgefallene ausgeprägte Vergesslichkeit haben die behandelnden Ärzte damals auf die Auswirkungen der depressiven Störung und der Schmerzmedikation zurückgeführt.

5.5 Bei diesen Gegebenheiten ist auf das Gutachten vom 24. März 2013 abzustellen und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer längerdauernden, trotz fachgerechter Behandlung anhaltenden invalidisierenden depressiven Störung (in einer Ausprägung meist schweren Grades) auszugehen. Ob diese allenfalls als Reaktion auf belastende soziale und wirtschaftliche Umstände entstanden sei oder nicht, ist nach dem oben Dargelegten unerheblich.



5.6 Entsprechend dem Ergebnis des Gutachtens vom 24. März 2013 ist eine volle Arbeitsunfähigkeit seit April 2011 anzunehmen. Auch für den Zeitraum zwischen den Klinik-aufenthalten vom Dezember 2011 bis Dezember 2012 gilt nichts wesentlich anderes. Dem Bericht des Psychiatrie-Zentrums E.\_\_\_\_ vom 27. März 2012 ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin seit der Entlassung aus der Klinik (d.h. also seit dem 3. Dezember 2011) wöchentlich einmal durch eine Psychiatrie-Pflegefachperson besucht wurde. Vom Einsatz dieser Psychiatrie-Spitex wurde auch im IV-Arztbericht des Zentrums vom 9. August 2012 noch berichtet. Die Beschwerdeführerin war damals zudem weiterhin in mehrwöchigen Abständen psychiatrisch behandelt worden. Im Dezember 2012 wurde sie wie erwähnt erneut hospitalisiert. Dass sich der Sachverhalt nach dem Klinikaustritt vom März 2013 bis zum vorliegend massgeblichen Beurteilungszeitpunkt vom 7. November 2013 im Sinn einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit relevant (d.h. mit einer ganzen Rente ausschliessender Wirkung) verändert hätte, ist ebenfalls nicht anzunehmen. Hierauf gibt es keinen Hinweis. Wie aus dem späteren Verlauf bekannt ist, erfolgte im Februar 2015 vielmehr eine weitere psychiatrische Hospitalisation für die Dauer von nochmals rund drei Monaten.

5.7 Allfällige (auch vorübergehende) Sachverhaltsentwicklungen nach dem 7. November 2013 bilden nicht mehr Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens.

6.

6.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die (nebst den Anforderungen nach lit. a) während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29ter IVV; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S K. vom 26. März 2004, I 19/04).

6.2 Gemäss Art. 29bis IVV werden bei der Berechnung der Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG früher zurückgelegte Zeiten angerechnet, wenn eine Rente nach



Verminderung des Invaliditätsgrades aufgehoben wurde, dieser jedoch in den folgenden drei Jahren wegen einer auf dasselbe Leiden zurückzuführenden Arbeitsunfähigkeit erneut ein rentenbegründendes Ausmass erreicht. - Vorliegend ist die früher zugesprochen gewesene (ganze) Rente wiedererwägungsweise aufgehoben worden. Zudem handelt es sich bei der psychiatrisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ab April 2011 nicht um ein Wiederaufleben der Einschränkung aus dem früheren - nämlich somatischen - Grund. Die Beschwerdeführerin war aber dennoch schon vor April 2011 in einer adaptierten Tätigkeit zu 20 % arbeitsunfähig. Die einjährige Wartezeit gilt als eröffnet, sobald eine Arbeitsunfähigkeit mindestens dieses Ausmasses vorliegt (AHI 1998 S. 124 E. 3c). Das Wartejahr ist demnach nach neun Monaten mit einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % und drei Monaten mit einer solchen von 100 % (ab 7. April 2011) abgelaufen, also im Juli 2011.

6.3 Die Beschwerdeführerin war bei Ablauf der Wartezeit (auch in adaptierter Tätigkeit) voll arbeitsunfähig und damit voll erwerbsunfähig, weshalb sie Anspruch auf eine ganze Rente hat.

6.4 Nach dem seit 1. Januar 2008 geltenden Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG. Nach Art. 29 Abs. 3 IVG wird die Rente vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht. Es ist davon auszugehen, dass mit der Gesetzesänderung keine Änderung des Zeitpunkts des Eintritts des Versicherungsfalls (dieser weiterhin geregelt in Art. 4 Abs. 2 und 28 IVG), sondern nur des Rentenbeginns (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. Oktober 2015, IV 2013/52 E. 1.2) vorgenommen worden ist. - Der Versicherungsfall ist vorliegend im Juli 2011 eingetreten. Da die massgebliche Anmeldung aber vom 11./13. Mai 2011 datiert, konnte die ganze Rente erst am 1. November 2011 entstehen und ist ab diesem Zeitpunkt auszubezahlen.

7.

7.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 7. November 2013 gutzuheissen. Der Beschwerdeführerin ist ab 1. November 2011 eine ganze Rente zuzusprechen.



## St.Galler Gerichte

7.2 Angesichts des Obsiegens der Beschwerdeführerin wird die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) vom 13. Januar 2014 nicht in Anspruch genommen.

7.3 Es rechtfertigt sich, der Beschwerdegegnerin die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festgelegt werden (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), gesamthaft aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP/SG, sGS 951.1). Eine Entscheidegebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen.

7.4 Die Beschwerdeführerin hat bei diesem Ausgang des Verfahrens gegenüber der Beschwerdegegnerin Anspruch auf Ersatz der Parteikosten, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen werden (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG). Der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

### Entscheid

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 7. November 2013 aufgehoben und wird der Beschwerdeführerin ab 1. November 2011 eine ganze Rente zugesprochen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- zu bezahlen.