



Fall-Nr.: IV 2014/22
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 15.10.2019
Entscheiddatum: 15.06.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 15.06.2016

Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV, 28 IVG. Neuanmeldung, Rentenanspruch. Beweiswürdigung der medizinischen Aktenlage. Vorliegend sind ergänzende medizinische Abklärungen aus psychiatrischer Sicht angezeigt, wobei der Gutachter eine Gesamtbetrachtung entsprechend der mit dem BGE 141 V 281 neu eingeführte Praxis zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen vorzunehmen hat (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. Juni 2016, IV 2014/22).

Besetzung

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichter Joachim Huber und Ralph Jöhl ; Gerichtsschreiberin Nadja Francke Zubair

Geschäftsnr.

IV 2014/22

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Kreso Glavas,
Advokatur Glavas AG, Haus zur alten Dorfbank, 9313 Muolen,

gegen



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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 25. Januar 2005 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an (IV-act. 1). Nach Durchführung der erforderlichen Abklärungen (IV-act. 1 - 90), im Rahmen derer die Versicherte zweimal polydisziplinär begutachtet worden war (Gutachten der Medizinischen Abklärungsstelle [MEDAS] am Universitätsspital Basel vom 24. Oktober 2006, IV-act. 35, und Gutachten des Ärztlichen Begutachtungsinstituts [ABI] Basel vom 11. Juni 2008, IV-act. 72), lehnte die IV-Stelle mit einer Verfügung vom 28. November 2008 einen Rentenanspruch der Versicherten (bei einem Invaliditätsgrad von 30%) ab (IV-act. 90). Die gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde der Versicherten wurde vom Versicherungsgericht St. Gallen mit einem Entscheid vom 16. November 2010, IV 2009/11, abgewiesen (IV-act. 108). Für den Sachverhalt ist im Übrigen auf den erwähnten Gerichtsentscheid zu verweisen.

A.b Am 18. Oktober 2011 meldete sich die Versicherte erneut zum Leistungsbezug an und machte eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes im Vergleich zu früher geltend (IV-act. 112). Gemäss einem Bericht der psychiatrischen Klinik B.____ vom 8. Juli 2011 war die Versicherte vom 18. Mai bis 24. Juni 2011 in stationärer Behandlung gewesen. Als Diagnose wurde u.a. eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen, genannt. Zur Anamnese hatten die Ärzte festgehalten, dass es bei der Versicherten seit dem Unfall (vom 25. Januar 2004) und der Operation wegen der Subarachnoidalblutung im Jahr 2004 zu einer zunehmenden depressiven Entwicklung, einem körperlichen Verfall, Ängsten und allgemeiner Unsicherheit sowie anschliessend einer psychophysischen Erschöpfung



gekommen sei. Im Januar 2010 sei eine schwere depressive Dekompensation mit psychotischen Symptomen (Stimmenhören) aufgetreten, die sich unter medikamentöser Behandlung (Abilify und Zyprexa) bis Sommer 2010 wieder zurückgebildet habe. Seitdem fühle sich die Versicherte weiterhin schwer depressiv, lust- und antriebslos sowie körperlich und geistig erschöpft. Während der stationären Behandlung sei versucht worden, die medikamentöse Therapie der depressiven Störung zu optimieren. Die Versicherte habe im Verlauf etwas lebhafter gewirkt. Die Stimmung scheine sich verbessert zu haben. Eine allfällige nachhaltige Verbesserung von Stimmung und Antrieb werde sich erst in der gewohnten häuslichen Umgebung der Versicherten beurteilen lassen. Es bestehe weiterhin und wahrscheinlich längerfristig eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 113).

A.c Am 21. Oktober 2011 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass weitere Belege als Nachweis für eine relevante Änderung des rechtserheblichen Sachverhalts seit der Rentenabweisung einzureichen seien, damit auf die Neuanmeldung vom 18. Oktober 2011 eingetreten werden könne (IV-act. 114). Daraufhin reichte die Versicherte einen Bericht der Klinik C.____ vom 8. November 2011 ein. Der behandelnde Arzt, Dr. med. D.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, gab als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, an. Er hielt fest, dass sich der psychische Zustand der Versicherten in den letzten zwei Jahren trotz der therapeutischen Massnahmen stets verschlechtert habe. Seit dem Ausbruch der psychotischen Symptome im Januar 2010 sei eine entsprechende neuroleptische Therapie eingesetzt worden. Diese habe einerseits zur intermittierenden Rückbildung der produktiven psychotischen Symptome geführt, habe jedoch andererseits die Versicherte zusätzlich verunsichert und die depressive Symptomatik anhaltend verstärkt. Die Versicherte sei aufgrund der depressiven Symptomatik weiterhin zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 116). Auf Veranlassung der IV-Stelle reichte Dr. D.____ am 30. Januar 2012 einen Verlaufsbericht ein. Darin gab er eine Verschlechterung des Gesundheitszustands der Versicherten an und führte aus, dass die Versicherte schon im Dezember 2008 unter einer mittelgradigen depressiven Symptomatik gelitten habe, und dass seit mindestens Januar 2009 praktisch von einer anhaltenden schweren depressiven Symptomatik ausgegangen werden könne (leichte Stimmungsaufhellungen nur tageweise). Die stationäre Behandlung in der Klinik B.____ habe kaum zu einer Verbesserung der depressiven Symptomatik geführt. Erst unter



St.Galler Gerichte

konsequenter Weiterführung der neuroleptischen Behandlung (Abilify und Risperdal) sei es seit dem Klinikaustritt zu einer Rückbildung der depressiven Symptome gekommen. Die Versicherte leide durch die depressive Störung bedingt unter einer anhaltend reduzierten psychischen Belastbarkeit, einer reduzierten geistigen Flexibilität aufgrund der formalen Denkstörungen, einer stark reduzierten Konzentrationsfähigkeit, einer ausgeprägt reduzierten Ausdauer, ausgeprägten Antriebsstörungen sowie Störungen der Psychomotorik. Im Jahr 2008 habe bei der Versicherten aufgrund der mittelgradigen depressiven Symptomatik eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Seit Januar 2009 könne eindeutig eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Die depressive Störung habe einen chronischen Verlauf angenommen. Unter therapeutischen Massnahmen sei mit einer intermittierenden Beruhigung des Zustandes der Versicherten auf niedrigem Niveau zu rechnen. Eine nachhaltige Verbesserung ihres psychischen Zustandes und damit eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit seien nicht mehr zu erwarten (IV-act. 121).

A.d Der Regionale Ärztliche Dienst der IV-Stelle (RAD) hielt am 8. Februar 2012 fest, dass zur Abklärung, ob sich der somatische Gesundheitszustand der Versicherten gegenüber dem ABI-Gutachten vom 11. Juni 2008 verändert habe, ein Verlaufsbericht beim Hausarzt Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, einzuholen sei (IV-act. 122). In seinem Bericht vom 20. Juli 2012 nannte Dr. E.____ folgende Diagnosen: den Status nach Aneurysmablutung der A. carotis interna rechts 08/2004 mit Craniotomie und Aneurysmaklipping (Zagreb), mit postoperativer Hemiparese links, mit chronisch persistierenden Kopfschmerzen, Schwindel und Gangunsicherheit und mit Tinnitus links, ein chronisches cervikocephales Schmerzsyndrom bei Status nach HWS-Distorsionstrauma am 25. Januar 2004 und mit Spondylosis C5/6 und C6/7, ein chronisches lumbovertebrogenes und lumboradikuläres Schmerzsyndrom mit medianer und paramedianer Diskushernie L4/L5 links, eine mittelschwere depressive Episode sowie einen Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Auf die Frage nach dem aktuellen Befund verwies Dr. E.____ auf die Diagnosen und hielt fest, dass keine neuen Abklärungsberichte vorlägen. Die Versicherte befinde sich in regelmässiger psychiatrischer Behandlung, weshalb die psychiatrische Beurteilung sehr wichtig sei. Aufgrund der kombinierten körperlichen und psychischen Einschränkungen sei die Versicherte in der bisherigen Tätigkeit seit dem 25. Januar 2004 zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 142).



A.e Auf Veranlassung des RAD (vgl. Stellungnahme vom 18. Oktober 2012, IV-act. 148) wurde die Versicherte im Februar/März 2013 durch das Begutachtungszentrum (BEGAZ) Baselland polydisziplinär untersucht und begutachtet (Disziplinen: Allgemeine innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie, Ophthalmologie und Otorhinolaryngologie). Im entsprechenden Gutachten vom 29. April 2013 (IV-act. 159) wurden als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit regressiver Selbstlimitierung und ängstlicher Fehlverarbeitung von Beschwerden bei einfach strukturierter Persönlichkeit, ein leichtes, etwas linksbetontes Cervicalsyndrom, ein leichtes Lumbovertebralsyndrom, einen Status nach Subarachnoidalblutung vorwiegend rechts im Juli 2004, eine pantonale kombinierte Schwerhörigkeit rechts sowie einen Verdacht auf zervikogen-proprioceptive Schwindelsymptomatik (IV-act. 159-55). Nach der fachärztlich psychiatrischen Beurteilung liege bei der Versicherten gesichert eine rezidivierende depressive Störung vor, offenbar episodisch mit psychotischen Symptomen, wobei gegenwärtig lediglich eine mittelgradige depressive Episode ausgemacht werden könne. Gleichzeitig bestehe bei der Versicherten eine ausgesprochene, ängstlich gefärbte Schmerzverarbeitungsstörung im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit Regressionstendenz, Selbstlimitierung und Aufgabe jeglicher Sozialkompetenz. Die Versicherte zeige aus psychischen Gründen eine erschwerte Fähigkeit im Umgang mit dem Unfall vom 25. Januar 2004, den Restsymptomen und der durchgemachten Hirnoperation wenige Monate nach dem Unfall. Eine traumatische Störung aufgrund der Hirnoperation liege aber sicher nicht vor. Dass gesamthaft eine leicht organisch bedingte zusätzliche Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit gegeben sei, könne zwar nicht ganz ausgeschlossen werden, die Einschränkung dürfte jedoch stark psychisch überlagert sein. Die Versicherte sei vermindert belastbar, vermindert stressbelastungsfähig und verfüge über ein vermindertes Durchhaltevermögen. Die depressive Symptomatik habe sich gegenüber 2008 verschlechtert. Es könne von einer Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes im Sinn einer Verstärkung und Chronifizierung der Depressivität ab 2011 ausgegangen werden, welche eine zusätzliche Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht rechtfertige. Der Versicherten wären jedoch noch Anstrengungen zumutbar, sich mit ihren depressiven Anteilen und den regressiven Verhaltensauffälligkeiten auseinanderzusetzen und sich teilweise wieder beruflich



einzulassen, wobei sie nur in Tätigkeiten eingesetzt werden könne, in denen sie nicht unter Zeitdruck und Hektik arbeiten müsse. Die psychotischen Dekompensationen träten offenbar nur episodisch auf und könnten durch Medikamente wieder kompensiert werden, weswegen der neuesten Entwicklung am 18. März 2013 (Schreiben von Dr. D. ___ vom 20. März 2013) noch keine Zunahme der Arbeitsunfähigkeit über die Zeit beigemessen werden könne. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in einer Stickerei sei die Versicherte seit November 2011 voll arbeitsunfähig. Eine solche Tätigkeit mit Überwachung von Maschinen, die auch Konzentration erfordere, sei der Versicherten nicht mehr zumutbar. In einer einfachen, überschaubaren und repetitiven Hilfsarbeitertätigkeit ohne Akkordarbeit und ohne Fließbandarbeit, z.B. auch im Reinigungsdienst, könne die Versicherte noch vier Stunden täglich (50%) ohne Verminderung des Rendements eingesetzt werden, sofern die psychotische Auslenkung am 18. März 2013 durch Abilify wieder habe kompensiert werden können (IV-act. 159-57). Zu der vom psychiatrischen Gutachter erwähnten Entwicklung vom 18. März 2013 hatte Dr. D. ___ am 20. März 2013 festgehalten, dass er die Versicherte am 18. März 2013 notfallmässig gesehen habe. Die Versicherte sei in Begleitung ihres Ehemannes gekommen, welcher über zunehmende innere Unruhe, Verfolgungs- und Beobachtungswahnideen bei seiner Ehefrau berichtet habe. Die Versicherte habe sehr verunsichert gewirkt und sich von den Wahnhaltungen nicht distanzieren können. Sie habe in psychopathologischer Hinsicht weiterhin im formalen Denken verlangsamt und abgehackt gewirkt, sei im Affekt schwer deprimiert und innerlich unruhig gewesen. Der Antrieb sei deutlich vermindert und die Versicherte motorisch wenig lebhaft gewesen. Aufgrund der erneuten psychotischen Dekompensation habe er die Abilify-Dosis von 10 mg auf 20 mg erhöht (IV-act. 159-106). In somatischer Hinsicht führte der neurologische Gutachter des BEGAZ aus, dass die Diagnose einer HWS-Distorsion am 25. Januar 2004 nicht mit Sicherheit gestellt werden könne, da die Angaben der Versicherten zum Unfallhergang variierten. Die klinischen Befunde eines leichten, etwas linksbetonten Cervicalsyndroms sowie eines leichten Lumbovertebralsyndroms hätten beide keine relevante Funktionseinschränkung oder radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik zur Folge. Die beklagte Inkontinenzproblematik liesse sich aus neurologischer Sicht allein nicht erklären. Die Einschränkung der Kraft im Bereich des linken Arms und des linken Beines könne, genauso wie wiederholt in der Vergangenheit, auch aktuell nicht



objektiviert werden. Hingegen habe betreffend Sensibilitätsdefizite im Bereich der linken Körperseite auch aktuell ein links wieder etwas abgeschwächter Cornealreflex bestanden, so dass diese Sensibilitätsdefizite durchaus und am ehesten als Folge der stattgefundenen Subarachnoidalblutung im Juli 2004 gewertet werden könnten. Diesbezüglich seien ohne weiteres auch neuropsychologische Folgedefizite denkbar, wobei diese - falls vorhanden - höchstens in leichtem Ausmass bestünden. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in der "Strickerei" sei der Versicherten aus neurologischer Sicht weiterhin zumutbar, wobei vermehrt Pausen gewährt werden sollten, so dass eine Arbeitsfähigkeit von 80 - 90% resultiere. Zumutbar seien der Versicherten körperlich leichte bis selten mittelschwere Tätigkeiten, rückenadaptiert ohne repetitive Arbeiten über Schulterhöhe, im Kauern und Bücken und unter Zugbelastung. Ausgeschlossen seien Tätigkeiten mit Absturzgefahr sowie Arbeiten im Dunkeln. Weiter ausgeschlossen seien Tätigkeiten, die eine durchschnittliche intellektuelle Anforderung überstiegen. Schliesslich seien Arbeiten, welche ein völlig intaktes Gehör erforderten ebenfalls nicht zumutbar (IV-act. 159-58 ff.). Der otorhinolaryngologische Gutachter hielt fest, dass durch die bei der Versicherten vorliegenden pantonalen kombinierten Schwerhörigkeit rechts sowie der leichtgradigen Hochtonschallempfindungsschwerhörigkeit links zurzeit eine auditive Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben sei, so dass Tätigkeiten, welche hohe Anforderungen an das Gehör stellten, ungeeignet seien. Weiter sollten Tätigkeiten unter erhöhtem Störlärm, mit möglicher Akzentuierung der auditiven Schwierigkeiten sowie Tätigkeiten, welche ein intaktes Richtungshören voraussetzten, gemieden werden. In Anbetracht der intermittierenden Drehschwindelbeschwerden mit Verdacht auf eine zervikogen-proprioceptive Schwindelsymptomatik sollten sturzgefährdende Tätigkeiten mit Eigen- oder Fremdgefährdung sowie Tätigkeiten mit häufigen Kopfrationsbewegungen vermieden werden. Schliesslich sei auch das berufsmässige Führen eines Kraftfahrzeuges ungeeignet (IV-act. 159-60 f.). Die ophthalmologische Gutachterin führte aus, dass sie bei der Versicherten einen altersentsprechenden Status normalis bis auf eine gering kompensierte Exophorie mit altersentsprechender Presyopie festgestellt habe. Aus augenärztlicher Sicht liege eine volle Arbeitsfähigkeit vor (IV-act. 159-61). Gesamtmedizinisch sind die Gutachter zum Schluss gekommen, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten seit November 2011 aus psychiatrischer Sicht verschlechtert habe. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in einer Strickerei sei der



St.Galler Gerichte

Versicherten seit November 2011 nicht mehr zumutbar. Hingegen seien ihr einfache, überschaubare und repetitive Hilfsarbeiten ohne Akkordarbeit, ohne Fließbandarbeit und unter Berücksichtigung der in den fachärztlichen Teilgutachten aufgeführten qualitativen Einschränkungen vier Stunden täglich (50% eines Vollzeitpensums) zumutbar, sofern die psychotische Auslenkung am 18. März 2013 durch Abilify wieder habe kompensiert werden können (IV-act. 159-61).

A.f In einer Stellungnahme vom 19. Juli 2013 hielt der Rechtsdienst der IV-Stelle fest, dass aufgrund des psychischen Beschwerdebildes der Versicherten die vom psychiatrischen Gutachter attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50% entsprechend der mit BGE 130 V 352 begründeten Rechtsprechung in rechtlicher Hinsicht zu überprüfen sei. Auch wenn vorliegend von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen sei, habe sie letztlich unter versicherungsrechtlichen Aspekten keinen invalidisierenden Charakter, denn nach der Aktenlage (insbesondere den beiden polydisziplinären Vorgutachten) sei davon auszugehen, dass die depressive Störung im (engen) Zusammenhang mit dem Schmerzleiden stehe. Die Depression als allfällige psychische Komorbidität bewirke dadurch keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die invalidisierende Wirkung der somatoformen Schmerzstörung müsste sich daher aus den weiteren (Förster-)Kriterien ergeben. Eine erhebliche körperliche Begleiterkrankung liege nicht vor. Da die Versicherte über intakte Beziehungen innerhalb der Familie verfüge, sei ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens auszuschliessen. Sodann bestünden keine Anzeichen für einen primären Krankheitsgewinn. Zwar liege ein mehrjähriger Krankheitsverlauf mit unbefriedigenden Behandlungsergebnissen vor, aber immerhin hätten die Gutachter die Fortführung der psychiatrischen Behandlung empfohlen. Da die nach der Rechtsprechung erforderlichen Kriterien nicht in genügender Weise vorlägen, um die Schmerzstörung als invalidisierend anzusehen, bestehe in rechtlicher Hinsicht kein Raum für die Annahme einer mit psychischen Leiden begründeten (teilweisen) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Für die Invaliditätsbemessung sei daher von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit der Versicherten in einer somatisch angepassten Tätigkeit auszugehen (IV-act. 164).

A.g Mit einem Vorbescheid vom 6. September 2013 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Rentengesuchs der Versicherten in Aussicht. Zur Begründung gab sie die



Stellungnahme des Rechtsdienstes vom 19. Juli 2013 wieder und hielt ergänzend fest, dass auch die vom neurologischen Gutachter attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10 - 20% wegen eines vermehrten Pausenbedarfs in rechtlicher Hinsicht nicht zu berücksichtigen sei, da im Teilgutachten keine beträchtlichen organischen Befunde erwähnt worden seien, die eine erhebliche Einschränkung erklären könnten. Ausgehend von der vollen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in angepassten Tätigkeiten ergebe der Einkommensvergleich keine Erwerbseinbusse und damit einen Invaliditätsgrad von 0% (IV-act. 166). Gegen diesen Vorbescheid liess die Versicherte am 7. Oktober 2013 Einwand erheben. Der Rechtsvertreter beantragte die Ausrichtung einer mindestens halben Rente und führte aus, dass bei der Versicherten im Zeitpunkt der letzten Verfügung bereits ein Invaliditätsgrad von 37% bestanden habe. In der Zwischenzeit habe sich die medizinische Situation verschlimmert, was aus dem BEGAZ-Gutachten vom 29. April 2013 eindeutig hervorgehe. Der Beurteilung der Gutachter in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten sei zu folgen (IV-act. 167). Mit einer Verfügung vom 2. Dezember 2013 wies die IV-Stelle einen Rentenanspruch der Versicherten ab. Zu den Einwänden des Rechtsvertreters führte sie aus, dass es sich bei den vorliegend zu prüfenden Fragen nach der zumutbaren Willensanstrengung, der Erheblichkeit der psychischen Komorbidität und der Intensität der weiteren Kriterien um Rechtsfragen handle. Es könne sich daher die Konstellation ergeben, in der von einer anderen als der gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeit auszugehen sei, ohne dass in Bezug auf den Beweiswert des Gutachtens Einschränkungen bestünden (IV-act. 169).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde der Versicherten (nachfolgend Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. K. Glavas, vom 9. Januar 2014. Die Beschwerdeführerin beantragt die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Ausrichtung einer mindestens halben Rente ab spätestens 19. November 2012. Zur Begründung führt der Rechtsvertreter aus, dass mit dem BEGAZ-Gutachten vom 29. April 2013 definitiv erstellt sei, dass sich der medizinische Zustand der Beschwerdeführerin - zumindest aus psychiatrischer Sicht - im Vergleich zum letzten rentenabweisenden Entscheid, bei dem ein Invaliditätsgrad von 37% ermittelt worden sei, verschlechtert habe. Aus diesem Grund sei nicht



schlüssig, wie die Beschwerdegegnerin nun auf einen Invaliditätsgrad von 0% komme. Das Problem bestehe darin, dass bei der Beschwerdeführerin nach dem Sturz in der Badewanne im Jahr 2004 eine HWS-Distorsion diagnostiziert worden sei. Es habe jedoch weder initial noch nachfolgend ein sogenanntes Schleudertrauma vorgelegen. Aufgrund des erlittenen Aufschlags mit dem Kopf sei auf jeden Fall von einem Schädelhirntrauma auszugehen. In der Folge habe die Beschwerdeführerin einen Hirninsult erlitten, von welchem sie sich offensichtlich bis heute nicht erholt habe. Darauf wiesen die eindeutigen Befunde in der neuesten Begutachtung hin. Die Versuche der Beschwerdegegnerin, die Beschwerdeführerin als "PÄUSBONOG-Patientin" darzustellen seien untauglich. Kein Mediziner habe im vorliegenden Fall sogenannte syndromale Beschwerden ohne objektivierte Grundlage thematisiert. Nicht einmal die Beschwerdegegnerin spreche von syndromalen Beschwerden. Bei der Beschwerdeführerin lägen umfangreiche somatische Diagnosen wie die Rückenbeschwerden, das linksbetonte Cervikalsyndrom mit der Hirninsultproblematik, die kombinierte Schwerhörigkeit und der cervikogen betonte Schwindel vor, auf deren Grundlage sich eine Depression entwickelt habe. Demnach handle es sich nicht um syndromale Beschwerden, sondern um somatische Leiden, die von einer rezidivierenden depressiven Störung begleitet würden. Da in medizinischer Hinsicht keine syndromalen Beschwerden bestätigt worden seien, fehle die Basis für eine diesbezügliche juristische Überprüfung. Die (dennoch) vorgenommene Überprüfung in rechtlicher Hinsicht sei ungenügend bzw. falsch. Die Behauptung, dass bei der Beschwerdeführerin keine somatischen Korrelate bestünden, sei spätestens durch das neueste Gutachten widerlegt worden. Die somatischen Beschwerden wie die Rückenbeschwerden, die Schwerhörigkeit oder die Folgen des Hirninsultes seien objektivierbar und nicht willentlich überwindbar. Die Behauptung, dass soziale Beziehungen mit dem Kontakt zum Ehemann und zu den Kindern vorhanden seien, sei dürftig. Der Krankheitsverlauf ziehe sich über zehn Jahre hinweg und eine Besserung sei nicht eingetreten. Die Gutachter hätten eine Chronifizierung und sogar eine Verschlimmerung des Leidens bestätigt. Der Beschwerdeführerin sei es allein deshalb nicht möglich, ein rentenausschliessendes Einkommen zu verdienen (act. G 1).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragt am 3. März 2014 die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung hält sie fest, dass gemäss den Feststellungen der BEGAZ-Gutachter bei der Beschwerdeführerin keine ausgeprägten neurologischen



Defizite erkennbar und die objektivierbaren organischen Befunde lediglich leichtgradig ausgeprägt gewesen seien. Die Experten der somatischen Fachrichtungen vermochten die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden weder radiologisch noch klinisch hinreichend zu erklären. Aufgrund der gutachterlichen Untersuchungsergebnisse stehe fest, dass der im Januar 2004 erlittene Sturz in der Badewanne sowie die im Juli 2004 operativ behandelte Subarachnoidalblutung bei der Beschwerdeführerin keine organisch-strukturellen Schädigungen hinterlassen hätten. Unter diesen Umständen lasse sich rechtlich eine quantitative Einschränkung der Leistungsfähigkeit infolge eines körperlichen (bzw. hirnorganischen) Leidens nicht begründen. Rechtsprechungsgemäss müssten die subjektiven Schmerzangaben im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung mit Blick auf die sich stellenden Beweisschwierigkeiten durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sein. Eine nach Verletzungen der Halswirbelsäule auftretende, längerdauernde Beschwerdeproblematik sei aus den gleichen Gründen nach den zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung entwickelten Grundsätzen zu beurteilen. Der psychiatrische BEGAZ-Gutachter habe eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert und eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Auch wenn von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen sei, habe sie letztlich unter versicherungsrechtlichen Aspekten keinen invalidisierenden Charakter, denn nach der Aktenlage sei davon auszugehen, dass die depressive Störung im (engen) Zusammenhang mit dem Schmerzleiden stehe. Zudem seien leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis therapierbar. Die Depression als allfällige psychische Komorbidität bewirke demnach keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die invalidisierende Wirkung der somatoformen Schmerzstörung müsste sich daher aus den weiteren Kriterien ergeben, was vorliegend nicht der Fall sei. Es lägen keine erhebliche körperliche Begleiterkrankung, kein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens und auch keine Anzeichen auf einen primären Krankheitsgewinn vor. Zwar bestehe ein mehrjähriger Krankheitsverlauf mit unbefriedigenden Behandlungsergebnissen, aber immerhin hätten die Gutachter die Fortführung der psychiatrischen Behandlung empfohlen. Damit sei das Kriterium des Scheiterns einer konsequent durchgeführten Behandlung nicht (hinreichend) erfüllt. Die



St.Galler Gerichte

Gesamtwürdigung ergebe, dass die nach der Rechtsprechung erforderlichen Kriterien nicht in genügender Weise erfüllt seien, um die Schmerzstörung als unüberwindbar anzusehen. Zusammenfassend sei das BEGAZ-Gutachten in medizinischer Hinsicht beweiskräftig. Rechtlich sei die im November 2011 eingetretene Verschlechterung des psychischen Zustands der Beschwerdeführerin jedoch unbeachtlich (act. G 4).

B.c Mit einer Replik vom 6. Mai 2014 hält die Beschwerdeführerin an ihren Beschwerdeanträgen fest. Der Rechtsvertreter macht ergänzend u.a. geltend, dass die gesamtmedizinische Arbeitsfähigkeitsschätzung der BEGAZ-Gutachter unter dem Vorbehalt gestanden habe, dass die psychotische Auslenkung der Beschwerdeführerin vom 18. März 2013 durch Abilify wieder habe kompensiert werden können. Diese Bedingung sei vorliegend nicht erfüllt. Aus diesem Grund sei es überhaupt schon fraglich, ob die Beschwerdeführerin die gutachterlich attestierte 50%ige Arbeitsfähigkeit einhalten könne. Im Weiteren seien im Gutachten in Bezug auf die letzte Tätigkeit der Beschwerdeführerin die Worte "Stickerei" und "Strickerei" verwechselt worden. Diese Ungereimtheit sei seitens des Gerichts genauer zu prüfen (act. G 8).

B.d Mit einer Eingabe vom 12. Mai 2014 verzichtet die Beschwerdegegnerin auf die Einreichung einer Duplik (act. G 10).

B.e Am 9. Dezember 2015 reicht der Rechtsvertreter einen Bericht von Dr. med. F.____, Fachärztin FMH für Neurologie, vom 14. Oktober 2015 ein und führt dazu aus, dass der von Dr. F.____ erhobene dringende Verdacht auf strukturelle Epilepsie mit komplex-fokalen Anfällen bisher nicht thematisiert worden sei. Diese medizinische Problematik müsse genauer abgeklärt werden, zumal der Verdacht aufkomme, dass die Beschwerdeführerin schon seit Jahren daran leide, und dass einzelne Mediziner die Auswirkungen fälschlicherweise als Symptomausweitung gedeutet hätten (act. G 12). In ihrem Bericht hatte Dr. F.____ festgehalten, dass die Beschwerdeführerin anamnestisch seit längerer Zeit rezidivierende Phasen von Kraftlosigkeit mit leichtem Schwindel und Übelkeit habe. Zusätzlich komme es während dieser Zustände häufig zu Urinverlust sowie Zucken/Zittern eines Beines. Es bestehe der dringende Verdacht, dass eine strukturelle Epilepsie vorliege. Das Standard-EEG (vom 7. Oktober 2015) sei pathologisch mit Hinweisen auf eine erhöhte cerebrale Erregbarkeit. Bei den von der



Beschwerdeführerin beschriebenen Zuständen dürfte es sich mit grosser Wahrscheinlichkeit um komplex-fokale Anfälle handeln. Es bestehe ein Status nach Subarachnoidalblutung. Im Schädel-CT-Befund vom 22. September 2014 werde ein corticaler und subcorticaler Defekt rechts temporo-polar beschrieben (act. G 12.1).

B.f Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf die Einreichung einer Stellungnahme zur Eingabe der Beschwerdeführerin (act. G 13).

Erwägungen

1.

1.1 Ist eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrads verweigert bzw. ein Rentengesuch abgewiesen worden, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen des Eintretens auf ein Rentenrevisionsgesuch (analog) erfüllt sind, d.h. wenn mit der Neuanschuldung glaubhaft gemacht wird, dass eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrads eingetreten ist (Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Entgegen dem Wortlaut der genannten Verordnungsbestimmung ist nicht direkt eine Veränderung des Invaliditätsgrads glaubhaft zu machen. Es genügt, wenn eine Veränderung eines für die Invaliditätsbemessung relevanten Sachverhaltselements (i.d.R. des Arbeitsfähigkeitsgrads) glaubhaft gemacht wird und daraus eine leistungsrelevante Veränderung des Invaliditätsgrads resultieren kann. Das Glaubhaftmachen stellt niedrigere Beweisanforderungen als der im Sozialversicherungsrecht im Allgemeinen massgebende Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Es genügt, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Sachverhaltsänderung (bzw. Sachlage) nicht erstellen lassen (Urteil des Bundesgerichts vom 8. Juli 2011, 9C_236/2011).

1.2 Bei der rentenablehnenden Verfügung vom 28. November 2008 hat sich die Beschwerdegegnerin aus medizinischer Sicht im Wesentlichen auf die polydisziplinären Gutachten der MEDAS am Universitätsspital Basel vom 24. Oktober 2006 und des ABI



vom 11. Juni 2008 gestützt (vgl. IV-act. 35 und 72) und ist von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in leidensadaptierten Tätigkeiten ausgegangen (vgl. IV-act. 90). In beiden Gutachten ist aus psychiatrischer Sicht als Diagnose eine leichte depressive Episode genannt und eine sich daraus ergebende 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden (vgl. IV-act. 35-19, 72-12). Im Rahmen der Neuanmeldung vom 18. Oktober 2011 hat die Beschwerdeführerin einen Bericht der psychiatrischen Klinik B.____ vom 8. Juli 2011 (vgl. IV-act. 113) und einen Bericht ihres behandelnden Psychiaters Dr. D.____ vom 8. November 2011 (vgl. IV-act. 116) eingereicht. Den Berichten ist übereinstimmend die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode, sowie die Einschätzung einer vollen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin zu entnehmen. Dr. D.____ hat festgehalten, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in den letzten zwei Jahren stets und anhaltend verschlechtert habe (vgl. IV-act. 116). Mit den erwähnten Berichten hat die Beschwerdeführerin eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes bzw. ihres Arbeitsfähigkeitsgrades im Vergleich zur rentenabweisenden Verfügung vom 28. November 2008 glaubhaft gemacht. Die Beschwerdeführerin ist somit zu Recht auf die Neuanmeldung eingetreten.

2.

2.1 Streitig und zu prüfen ist im Folgenden der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung.

2.2 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) 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 ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) ist zur Bemessung des Invaliditätsgrades das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung zu setzen zum



Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

2.3 Das ausschlaggebende Element der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens – und damit indirekt des Invaliditätsgrades – ist grundsätzlich der Grad der verbliebenen Arbeitsfähigkeit, so dass dessen Ermittlung normalerweise den ersten Schritt bei der Erhebung des massgeblichen Sachverhalts bildet. Um den Grad der Arbeitsunfähigkeit, der Erwerbsunfähigkeit und der Invalidität bemessen zu können, sind Verwaltung und Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe der ärztlichen Sachverständigen ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). 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 (BGE 125 V 352 E. 3a).

3.

3.1 Zu klären ist im Folgenden die Frage, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erlaubt. Die Beschwerdegegnerin hat sich in rein medizinischer Hinsicht auf das Gutachten des BEGAZ vom 29. April 2013 gestützt.

3.2 In somatischer Hinsicht ist die Beschwerdeführerin in den Fachdisziplinen Neurologie, Ophthalmologie und Otorhinolaryngologie begutachtet worden. Aus ophthalmologischer und otorhinolaryngologischer Sicht haben keine Befunde erhoben werden können, welche zu einer quantitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin führen würden. Der otorhinolaryngologische Gutachter hat aufgrund der bei der Beschwerdeführerin festgestellten pantonalen kombinierten Schwerhörigkeit rechts sowie der leichtgradigen Hochtonschallempfindlichkeit links



gewisse qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit attestiert (vgl. IV-act. 159-60 f.). Der neurologische Gutachter hat als objektivierbare Befunde ein leichtes, etwas linksbetontes Cervikalsyndrom und ein leichtes Lumbovertebralsyndrom, beide ohne relevante und sichere Funktionseinschränkungen und ohne radikuläre Reiz- und Ausfallsymptomatik genannt. Im Weiteren hat er festgehalten, dass betreffend Sensibilitätsdefizite im Bereich der linken Körperseite wieder ein links etwas abgeschwächter Cornealreflex bestanden habe, so dass diese Sensibilitätsdefizite durchaus und am ehesten als Folge der stattgefundenen Subarachnoidalblutung im Juli 2004 gewertet werden könnten. Diesbezüglich seien ohne weiteres auch neuropsychologische Folgedefizite denkbar. Aufgrund des klinisch-verhaltensneurologischen Eindrucks dürften solche Defizite - falls vorhanden - höchstens in leichtem Ausmass bestehen (vgl. IV-act. 159-82 f.). Zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hat der neurologische Gutachter ausgeführt, dass körperlich leichte bis selten mittelschwere Tätigkeiten, rückenadaptiert und ohne repetitive Arbeiten über Schulterhöhe, im Kauern, Bücken sowie unter Zugbelastung zumutbar seien. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in einer "Strickerei" sei aus rein neurologischer Sicht weiterhin zumutbar, sofern die qualitativen Einschränkungen berücksichtigt werden könnten. Vermehrte Pausen sollten dabei gewährt werden, so dass eine Arbeitsfähigkeit im Rahmen von 80 - 90% resultiere (vgl. IV-act. 159-83). Die Einschätzung des Gutachters ist wohl so zu interpretieren, dass der vermehrte Pausenbedarf, welcher eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10 - 20% zur Folge hat, nur in der zuletzt ausgeübten, nicht jedoch in einer ideal leidensangepassten Tätigkeit besteht. Dafür spricht auch, dass die neurologisch attestierte quantitative Einschränkung in der Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten keine Erwähnung findet (vgl. IV-act. 159-61). Dass der neurologische Gutachter den letzten Arbeitsort der Beschwerdeführerin fälschlicherweise als "Strickerei" statt als "Stickerei" bezeichnet hat (vgl. IV-act. 159-83), dürfte keinen Einfluss auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gehabt haben. Da es für die Invaliditätsbemessung vorliegend ohnehin auf die Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit ankommt, kann eine weitergehende Prüfung dieser vom Rechtsvertreter vorgebrachten Ungereimtheit unterbleiben. Der interdisziplinären Gesamtbeurteilung ist indirekt zu entnehmen, dass die somatischen Befunde sich nur in qualitativer Hinsicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin



in einer leidensadaptierten Tätigkeit auswirken. Angesichts der von den somatischen Gutachern erhobenen nur diskreten, objektivierbaren Befunde ist diese Schlussfolgerung nachvollziehbar und überzeugend. Hinzu kommt, dass die Beurteilung des somatischen Gesundheitszustandes im Wesentlichen mit den beiden Vorgutachten vom 11. Juni 2008 und 24. Oktober 2006 übereinstimmt. Im Rahmen der Vorbegutachtungen hatten bei vergleichbarem Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin auch keine erheblichen, objektivierbaren Befunde erhoben werden können (vgl. IV-act. 35, 72).

3.3 Im Beschwerdeverfahren hat der Rechtsvertreter einen Bericht von Dr. F. ___ vom 14. Oktober 2015 eingereicht und geltend gemacht, dass der von Dr. F. ___ erhobene Verdacht auf eine bei der Beschwerdeführerin vorliegende strukturelle Epilepsie mit komplex-fokalen Anfällen weiter abgeklärt werden müsse, zumal diese Problematik möglicherweise schon seit Jahren bestanden habe (vgl. act. G 12). Obwohl der Bericht von Dr. F. ___ erst lange nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. Dezember 2013 erstellt worden ist, könnte er aufgrund des vom Rechtsvertreter hergestellten Vergangenheitsbezugs auch für die vorliegend zu beurteilende Zeit bis zum Erlass der Verfügung von Bedeutung sein, weshalb er in die Beurteilung miteinzubeziehen ist. Dr. F. ___ hat festgehalten, dass der dringende Verdacht auf das Vorliegen einer strukturellen Epilepsie bestehe. Das Standard-EGG sei pathologisch mit Hinweisen auf eine erhöhte cerebrale Erregbarkeit. Gemäss dem Bericht hat das EEG vom 7. Oktober 2015 gelegentlich epilepsieverdächtige bis - einmalig - epilepsietypische Graphoelemente ergeben. Weiter hat Dr. F. ___ ausgeführt, dass es sich bei den von der Beschwerdeführerin geschilderten rezidivierenden Zuständen mit Kraftlosigkeit, Schwindel, Übelkeit, verlangsamter Reaktion beim Sprechen, häufigem Urinverlust sowie Zucken/Zittern eines Beines mit grosser Wahrscheinlichkeit um komplex-fokale Anfälle handle (vgl. act. G 12.1). Dem Bericht ist auch zu entnehmen, dass eine neurologische Untersuchung durch Dr. med. G. ___ im November 2010 einen unauffälligen EEG-Befund ergeben hatte. Auch der neurologische Gutachter des BEGAZ hat den (in den vorliegenden Akten nicht enthaltenen) Bericht von Dr. G. ___ vom November 2010 berücksichtigt. Gemäss der Aktenwiedergabe des Gutachters hatte Dr. G. ___ festgehalten, dass die Beschwerdeführerin über paroxysmale Störungen mit Leergefühl im Kopf und einige Minuten dauernden Lücken, Vibrieren im Kopf sowie das Hören von Geräuschen und Stimmen klage. Dem Ehemann sei



aufgefallen, dass die Beschwerdeführerin etwa ein- bis zweimal pro Monat auf eine Frage nicht antworte und einfach wie gewohnt dasitze. Zuckungen, Automatismen oder eindeutige Bewusstseinsveränderungen habe die Beschwerdeführerin auf Nachfrage verneint. Bei der klinischen Untersuchung hätten sich mit Ausnahme der Gefühlsstörungen auf der linken Körperseite keine konsistenten Ausfälle gezeigt. Das Vorliegen eines zerebralen Anfallleidens sei sehr unwahrscheinlich (vgl. IV-act. 159-76). Aus dem Bericht von Dr. G.____ geht hervor, dass die Beschwerdeführerin bereits damals über vergleichbare Zustände geklagt hat. Jedoch ist ein zerebrales Anfallleiden von Dr. G.____ als sehr unwahrscheinlich bezeichnet worden, was angesichts des unauffälligen EEG-Befunds nachvollziehbar ist. Den vorliegenden Akten sind keine Hinweise zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin seit der neurologischen Untersuchung im November 2010 nochmals über paroxysmale Störungen geklagt hätte. Im Bericht der Klinik B.____ ist festgehalten worden, dass sich während der stationären Behandlung keine akut behandlungsbedürftigen somatischen Krankheiten gezeigt hätten (vgl. IV-act. 113-3). Weiter haben weder der behandelnde Psychiater Dr. D.____ noch der Hausarzt Dr. E.____ darüber berichtet, dass die Beschwerdeführerin anfallsartige Leiden beklagt hätte (vgl. IV-act. 116, 121, 142). Schliesslich hat die Beschwerdeführerin auch anlässlich der neurologischen Begutachtung durch das BEGAZ im März 2013 keine anfallsartigen Zustände beklagt. Vordergründig hat sie Nervosität, Nacken- und Kopfschmerzen, Inkontinenz und Gedächtnisprobleme angegeben (vgl. IV-act. 159-68). Der neurologische Gutachter hat die Beschwerdeführerin umfassend untersucht und seine Beurteilung in Kenntnis der Vorakten, insbesondere des Berichts von Dr. G.____ sowie der Schädel-CT-Befunde, vorgenommen. Hinweise auf das Vorliegen einer strukturellen Epilepsie hat es jedoch keine gegeben. Vor diesem Hintergrund ist überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass im Zeitraum bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung kein „Anfallsleiden“ wie eine strukturelle Epilepsie vorgelegen hat. Selbst wenn dies der Fall gewesen wäre, sind im zu beurteilenden Zeitraum keine Auswirkungen dieser Erkrankung ersichtlich, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hätten begründen können. Sollte sich zeigen, dass bei der Beschwerdeführerin tatsächlich eine strukturelle Epilepsie vorliegt, so wäre eine dadurch bedingte allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustandes jedenfalls erst nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung anzunehmen.



3.4 Zusammengefasst kann in somatischer Hinsicht auf das Gutachten des BEGAZ sowie die der Beschwerdeführerin darin attestierte volle Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten, d.h. Tätigkeiten, bei denen die von den somatischen Fachdisziplinen angegebenen qualitativen Einschränkungen berücksichtigt werden, abgestellt werden.

3.5 In psychischer Hinsicht hat der Gutachter des BEGAZ als arbeitsfähigkeitsrelevante Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit regressiver Selbstlimitierung und ängstlicher Fehlverarbeitung von Beschwerden bei einfach strukturierter Persönlichkeit angegeben (vgl. IV-act. 159). Im Vergleich zu den beiden Vorgutachten von 2008 und 2006, gemäss welchen bei der Beschwerdeführerin nur eine leichte depressive Episode und eine sich daraus ergebende 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden hatte (vgl. IV-act. 35-18 f., 72-10 ff.), hat sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin laut Gutachten im Verlauf verschlechtert. Der psychiatrische Gutachter hat ausgeführt, es sei ab 2011 zu einer Verstärkung und Chronifizierung der Depressivität gekommen, welche eine (im Vergleich zum Vorgutachten) zusätzliche Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht rechtfertige. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in einer Stickerei sei die Beschwerdeführerin seit November 2011 voll arbeitsunfähig. Eine solche Tätigkeit mit der Überwachung von Maschinen, die auch Konzentration erfordere, sei ihr nicht mehr zumutbar. Einfache, überschaubare und repetitive Hilfsarbeitertätigkeiten ohne Akkord- und Fließbandarbeit, z.B. im Reinigungsdienst, seien der Beschwerdeführerin noch vier Stunden täglich ohne Verminderung des Rendements zumutbar (vgl. IV-act. 159-95 ff.). Die vom Gutachter im Vergleich zum Vorgutachten von 2008 angegebene Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes, insbesondere des depressiven Zustandsbilds, lässt sich auch den medizinischen Vorberichten entnehmen. So hatte der behandelnde Psychiater Dr. D.____ am 8. November 2011 als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, angegeben und berichtet, dass sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin in den letzten zwei Jahren stets verschlechtert habe. Wegen eines Ausbruchs psychotischer Symptome im Januar 2010 sei eine neuroleptische Therapie eingesetzt worden, welche einerseits zur intermittierenden Rückbildung der psychotischen Symptome geführt,



andererseits aber die depressive Symptomatik anhaltend verstärkt habe (vgl. IV-act. 116). Vom 18. Mai bis 24. Juni 2011 war die Beschwerdeführerin wegen der schweren depressiven Episode in stationärer Behandlung in der Klinik B.____ gewesen. Die Ärzte hatten im Austrittsbericht vom 8. Juli 2011 eine weiterhin und wahrscheinlich längerfristig bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit angegeben (vgl. IV-act. 113-2). Zur Frage, ob die Beschwerdeführerin zu diesem Zeitpunkt unter psychotischen Symptomen gelitten hatte oder nicht, gibt es in den Akten widersprüchliche Angaben. Im Bericht vom 8. Juli 2011 hatten die Ärzte der Klinik B.____ in der Beurteilung von einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome gesprochen (vgl. IV-act. 113-3), während sie im Verlaufsbericht vom 12. April 2012 angegeben hatten, dass die Beschwerdeführerin beim Klinikeintritt im Mai 2011 eine schwere depressive Dekompensation mit psychotischen Symptomen (Stimmenhören) gezeigt habe (vgl. IV-act. 136-3). Dr. D.____ hatte im Verlaufsbericht vom 30. Januar 2012 weiterhin die Diagnose einer intermittierend schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung sowie eine volle Arbeitsunfähigkeit angegeben. Zum Verlauf hatte er festgehalten, dass bereits seit Januar 2009 von praktisch einer anhaltenden schweren depressiven Symptomatik und einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden könne (vgl. IV-act. 121-2).

3.6 Der psychiatrische Gutachter des BEGAZ hat abweichend von den Berichten der Klinik B.____ und von Dr. D.____ im Zeitpunkt der Begutachtung am 23. März 2013 aufgrund seiner erhobenen Befunde nur eine mittelgradige depressive Episode im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung feststellen können. Da der Gutachter zu den psychiatrischen Vorberichten keine Stellung genommen hat, ist nicht klar, ob er von einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin gegenüber der letzten Beurteilung von Dr. D.____ ausgegangen ist oder ob er den im Wesentlichen gleichen medizinischen Sachverhalt lediglich anders beurteilt hat. Für letztere Annahme spräche, dass der psychiatrische Gutachter die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in leidensadaptierten Tätigkeiten seit November 2011 offenbar durchgehend auf 50% geschätzt hat (vgl. IV-act. 159-96). Darauf kann nicht ohne weiteres abgestellt werden, denn auch die Ärzte der Klinik B.____ und Dr. D.____ haben ausführliche Befunderhebungen durchgeführt und ihre Beurteilungen gestützt darauf nachvollziehbar begründet (vgl. IV-act. 113-2, 121-2). Es erscheint somit durchaus plausibel, dass die Beschwerdeführerin zeitweise unter einer



schweren depressiven Episode gelitten hat, welche rückblickend eine wohl höhere als die vom psychiatrischen Gutachter attestierte Arbeitsunfähigkeit zur Folge hätte. Im Weiteren hat der psychiatrische Gutachter auch nicht nachvollziehbar begründet, weshalb er erst ab November 2011 von einer anhaltenden Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ausgeht, zumal die Beschwerdeführerin bereits im Mai 2011 wegen einer schweren depressiven Episode stationär behandelt worden ist und sich der psychische Gesundheitszustand laut Dr. D.____ seitdem nicht relevant verbessert hat. Dr. D.____ hat im Bericht vom 30. Januar 2012 sogar festgehalten, dass mindestens seit Januar 2009 praktisch von einer anhaltenden schweren depressiven Episode und einer vollen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgegangen werden könne (vgl. IV-act. 121-2). Vorliegend ist zu berücksichtigen, dass sich die Beschwerdeführerin erst im Oktober 2011 wieder bei der Beschwerdegegnerin angemeldet hat. Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht ein Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs, d.h. vorliegend frühestens ab März 2012. Erforderlich für den Rentenanspruch ist u.a. dass während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40% (in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit) vorgelegen hat (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Ausgehend davon ist vorliegend der Verlauf der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit März 2011 von Bedeutung und müsste sich gestützt auf die vorliegenden Akten mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beurteilen lassen. Dies ist wie bereits ausgeführt nicht der Fall, da sich der psychiatrische Gutachter zum Beginn und zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bis zum Zeitpunkt der Begutachtung ungenügend geäußert hat. Auf die eher oberflächlich erscheinende Aussage von Dr. D.____, wonach bei der Beschwerdeführerin seit mindestens Januar 2009 eine anhaltende schwere depressive Symptomatik mit einer vollen Arbeitsunfähigkeit angenommen werden könne (vgl. IV-act. 121-2), kann auch nicht abgestellt werden, da es insbesondere an einer nachvollziehbaren Begründung für die Verschlechterung im Vergleich zum ABI-Gutachten von 2008 fehlt und auch keine konkreten Befunde genannt worden sind, welche eine volle Arbeitsunfähigkeit seit Januar 2009 erklären würden. In retrospektiver Hinsicht lässt sich die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht folglich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beurteilen.



3.7 Aus der Gesamtbeurteilung des BEGAZ-Gutachtens vom 29. April 2013 ist zu entnehmen, dass bei der Beschwerdeführerin am 18. März 2013 erneut eine psychotische Dekompensation aufgetreten und sie notfallmässig bei Dr. D.____ in Behandlung gewesen war. Den entsprechenden Bericht vom 20. März 2013 (vgl. IV-act. 159-106) hat Dr. D.____ den Gutachtern des BEGAZ nachträglich zugestellt. Die Gutachter haben den Bericht im Aktenauszug wiedergegeben und festgehalten, dass allen Fachgutachtern sämtliche Berichte vollumfänglich zur Verfügung gestanden hätten (vgl. IV-act. 159-17). Ob der psychiatrische Gutachter jedoch bereits im Zeitpunkt seiner Begutachtung Kenntnisse von der neuesten Entwicklung gehabt hatte, ist fraglich, da er im psychiatrischen Fachgutachten keinerlei Bezug darauf genommen hat (vgl. IV-act. 159-85 ff.). Im Rahmen der Gesamtbeurteilung hat der psychiatrische Gutachter zum Bericht von Dr. D.____ kurz Stellung genommen und ausgeführt, dass bei der Beschwerdeführerin die psychotischen Dekompensationen offenbar nur episodisch auftraten und durch Medikamente wieder kompensiert werden könnten, weswegen der neuesten Entwicklung am 18. März 2013 noch keine Zunahme der Arbeitsunfähigkeit über die Zeit beigemessen werden könne. Seine Einschätzung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten hat der psychiatrische Gutachter neu unter die Bedingung gestellt, dass die psychotische Auslenkung am 18. März 2013 (zwischenzeitlich) wieder durch Abilify habe kompensiert werden können (vgl. IV-act. 159-33). Dieser Vorbehalt ist entsprechend auch in die interdisziplinäre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aufgenommen worden (vgl. IV-act. 159-61). In der Folge hat es die Beschwerdegegnerin jedoch unterlassen, abzuklären, ob und ab welchem Zeitpunkt die medikamentöse Behandlung mit Abilify tatsächlich gewirkt hat. In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass solche Phasen von psychotischen Dekompensationen bei der Beschwerdeführerin lange anhalten können. So haben die Ärzte der Klinik B.____ in der Anamnese festgehalten, dass sich die im Januar 2010 aufgetretene schwere depressive Dekompensation mit paranoid-halluzinatorischen Symptomen erst im Sommer 2010 zurückgebildet habe (vgl. IV-act. 136-3). Vor diesem Hintergrund ist nicht auszuschliessen, dass die am 18. März 2013 aufgetretene psychotische Dekompensation eine längerdauernde Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin und damit auch eine höhere Arbeitsunfähigkeit begründet haben könnte. Auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung des psychiatrischen Gutachters kann somit nicht abgestellt werden, da der



Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der Begutachtung instabil gewesen ist. Die Beschwerdegegnerin hätte vor Erlass der angefochtenen Verfügung beim behandelnden Psychiater Dr. D.____ Auskünfte zum Behandlungsverlauf einholen und die Angelegenheit allenfalls nochmals dem psychiatrischen BEGAZ-Gutachter unterbreiten müssen, damit dieser den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erneut hätte beurteilen können.

3.8 Zusammengefasst zeigt sich, dass die medizinische Aktenlage keine rechtsgenügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht zulässt. Einerseits ist der Verlauf der Arbeitsfähigkeit seit dem vorliegend massgeblichen Zeitpunkt ab März 2011 (vgl. E. 3.6) bis zum Begutachtungszeitpunkt im März 2013 unklar, andererseits lässt sich auch der Verlauf der Arbeitsfähigkeit seit der Begutachtung bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 2. Dezember 2013 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beurteilen. Die Angelegenheit ist folglich zur Vornahme von ergänzenden medizinischen Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Sinnvollerweise ist die Sache erneut dem psychiatrischen Gutachter des BEGAZ zu unterbreiten, welcher sich - unter Einbezug und Würdigung der Berichte der behandelnden Ärzte - zum Verlauf des psychischen Gesundheitszustandes bzw. der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von März 2011 bis Dezember 2013 zu äussern hat.

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin hat die vom psychiatrischen Gutachter des BEGAZ attestierte 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als in rechtlicher Hinsicht unbeachtlich qualifiziert und ist von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in somatisch angepassten Tätigkeiten ausgegangen. Sie hat sich dabei auf die mit BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung des Bundesgerichts zu den somatoformen Schmerzstörungen berufen und geltend gemacht, dass die depressive Störung als allfällige psychische Komorbidität keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirke, da nach der Aktenlage (insbesondere den beiden polydisziplinären Vorgutachten von 2008 und 2006) davon auszugehen sei, dass die depressive Störung im (engen) Zusammenhang mit dem Schmerzleiden stehe. Zudem seien auch die weiteren (Förster-)Kriterien nicht in genügender Weise erfüllt, um eine



invalidisierende Wirkung der somatoformen Schmerzstörung annehmen zu können (vgl. IV-act. 164).

4.2 Die Ansicht der Beschwerdegegnerin kann insbesondere im Hinblick auf die mit dem Bundesgerichtsentscheid vom 3. Juni 2015, BGE 141 V 281 ff., neu eingeführten Praxis nicht aufrechterhalten werden. Neu begründet die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und von vergleichbaren psychosomatischen Leiden keine Überwindbarkeitsvermutung mehr. An die Stelle des Regel-/Ausnahmemodells mit der Prüfung der Förster-Kriterien hat gemäss neuer Praxis ein strukturiertes Beweisverfahren zu treten. In dessen Rahmen ist das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen der versicherten Person in einer Gesamtbetrachtung einzelfallgerecht und ergebnisoffen zu beurteilen. Diese Bewertung erfolgt anhand eines Katalogs von Indikatoren, welche die massgeblichen Aspekte psychosomatischer Leiden umfassen. Schematisch können diese Indikatoren folgendermassen dargestellt werden (vgl. BGE 141 V 297 f., E. 4.1.3):

I Funktioneller Schweregrad

1. Komplex "Gesundheitsschädigung"

1.1. Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde

1.2. Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz

1.3. Komorbiditäten

2. Komplex "Persönlichkeit": Persönlichkeitsdiagnostik

(Persönlichkeitsstruktur, Persönlichkeitsentwicklung und -störungen, persönliche Ressourcen)

3. Komplex "Sozialer Kontext"

3.1. Abgrenzung psychosozialer und soziokultureller Faktoren

3.2. Eruierung der Ressourcen anhand des sozialen Umfelds



II Konsistenzprüfung (Gesichtspunkte des Verhaltens)

1. Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen
2. Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (bzw. Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen)

4.3 Das Erfordernis einer Gesamtbetrachtung gilt grundsätzlich unabhängig davon, wie es um den Zusammenhang zwischen dem Schmerzsyndrom und der Komorbidität bestellt ist. Daher verliert beispielsweise eine Depression nicht mehr allein wegen ihrer (allfälligen) medizinischen Konnexität zum Schmerzleiden jegliche Bedeutung als potentiell ressourcenhemmender Faktor (BGE 141 V 300 f. E. 4.3.1.3). Demnach ist die Frage, ob die bei der Beschwerdeführerin vorliegende depressive Störung - wie es die Beschwerdegegnerin vorbringt - als Reaktion auf die Schmerzstörung zu deuten ist oder ob sie eine selbständige Erkrankung darstellt, im Licht der neuen Praxis nicht mehr relevant. Der Vollständigkeit halber ist jedoch darauf hinzuweisen, dass gemäss den Ausführungen des psychiatrischen BEGAZ-Gutachters die depressive Störung bei der Beschwerdeführerin als arbeitsfähigkeitseinschränkende Diagnose klar im Vordergrund steht, was bei dem vorliegenden Schweregrad der Depression (mittel- bis allenfalls sogar schwergradig) nachvollziehbar ist. Auch die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin hat der Gutachter in erster Linie mit den Auswirkungen der depressiven Störung begründet. Wenn eine - sich auf ein klinisch festgestelltes depressives Leiden zurückzuführende - gutachterlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit vorliegt, könnte die Beschwerdegegnerin diese Einschränkung selbst unter Geltung der altrechtlichen bundesgerichtlichen Praxis nicht einfach mit dem Hinweis auf das gleichzeitige Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung als invalidenversicherungsrechtlich unbeachtlich erklären. Im Sinne einer Gesamtbetrachtung, wie es auch von der neuen Praxis des Bundesgerichts vorgesehen ist, hat der psychiatrische Gutachter festgehalten, dass der Beschwerdeführerin noch Anstrengungen zumutbar seien, sich mit ihren depressiven Anteilen und den regressiven Verhaltensauffälligkeiten auseinanderzusetzen und sich teilzeitlich, namentlich zu 50%, wieder beruflich einzulassen (vgl. IV-act. 159-95). Im Rahmen der erforderlichen ergänzenden medizinischen Abklärungen aus



psychiatrischer Sicht wird der psychiatrische BEGAZ-Gutachter seine Beurteilung und Arbeitsfähigkeitsschätzung noch ausführlicher, namentlich unter Berücksichtigung der mit BGE 141 V 281 ff. eingeführten Indikatoren, zu begründen haben.

5.

5.1 Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 2. Dezember 2013 teilweise gutzuheissen und die Angelegenheit zur ergänzenden medizinischen Abklärung im Sinn der Erwägungen und entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

5.2 Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Die Rückweisung zur Neuurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (BGE 132 V 235 E. 6). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit angemessen. Die unterliegende Beschwerdegegnerin hat die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihr zurückzuerstatten.

5.3 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. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Für einen durchschnittlichen Vertretungsaufwand, wie es die vorliegende Angelegenheit erfordert hat, erscheint eine praxisgemäss pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat somit dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Entscheid



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 2. Dezember 2013 aufgehoben; die Sache wird zur ergänzenden medizinischen Abklärung im Sinne der Erwägungen und anschliessender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihr zurückerstattet.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen