



**Fall-Nr.:** IV 2014/316  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 20.04.2020  
**Entscheiddatum:** 18.04.2017

### **Entscheid Versicherungsgericht, 18.04.2017**

**Art. 43 Abs. 1 ATSG. Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes.  
Rückweisung der Sache zur erneuten psychiatrischen Begutachtung.  
Klärung der Frage, ob die Beschwerdeführerin an einer  
Persönlichkeitsstörung leidet. Teilweise Gutheissung der Beschwerde  
(Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. April  
2017, IV 2014/316).**

Entscheid Versicherungsgericht, 18.04.2017

#### **Entscheid vom 18. April 2017**

Besetzung

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterinnen

Monika Gehrler-Hug und Marie-Theres Rüegg Haltinner;

Gerichtsschreiberin Lea Hilzinger

Geschäftsnr.

IV 2014/316

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**



## St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwältin Annina Schreiner, M.A. HSG in Law, Vadianstrasse 44,  
Postfach 262, 9001 St. Gallen,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich im Dezember 2006 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug einer IV-Rente an (IV-act. 1). Sie gab an, seit dem 7. Januar 2006 an Ängsten, an einer Depression und an körperlichen Beschwerden zu leiden. Sie habe in B.\_\_\_\_ die Textilfachschule besucht und sich danach zur Modeentwerferin weitergebildet.

A.b Dr. med. C.\_\_\_\_, Oberärztin Tagesklinik Psychiatrisches Zentrum D.\_\_\_\_, berichtete am 19. Februar 2007, dass sich die Versicherte vom 1. März bis 28. Dezember 2006 in tagesklinischer Behandlung befunden habe (IV-act. 14). Die Versicherte leide an einer Panikstörung mit Hyperventilation (ICD-10: F41.0), an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und anankastischen Zügen (F61) und an einem chronischen lumbalen Schmerzsyndrom (anamnestisch Sakroileitis und Diskopathie). Vom 24. bis 31. Januar 2006 und vom 1. März bis 31. August 2006 sei sie in der Tätigkeit als Konfektionsmodelleurin zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Seit dem 1. September 2006 bestehe eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit. Die Versicherte sei wegen der Schmerzen in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Aufgrund der Persönlichkeitsstörung sei es schwierig, die Versicherte zu integrieren. Sie leide an Regulationsproblemen im zwischenmenschlichen Kontakt und an sehr schwankenden



## St.Galler Gerichte

Zuständen zwischen bagatellisierender Selbstüberschätzung einerseits und Hilflosigkeitserleben mit Ängsten und Panik andererseits.

A.c Im September/Oktober 2007 wurde die Versicherte durch Dr. med. E.\_\_\_\_, Spezialarzt für Innere Medizin, speziell Rheumaerkrankungen, und Dr. med. F.\_\_\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachtet (Gutachten vom 3. November 2007, IV-act. 34). Dr. E.\_\_\_\_ erklärte, dass er in der Untersuchung keine Erklärung für die anamnestischen Polyarthralgien und für das Beschwerdeausmass der Lumboischialgien und der Hüftschmerzen rechts gefunden habe. Belegt seien lediglich eine diskrete 4° lumbale Skoliose, eine Diskushernie L4/5 und abgeflachte Fussgewölbe beidseits. Die Versicherte benötige wegen der langjährigen Schonung vermehrte Pausen. Aus somatischer Sicht sei sie in der Tätigkeit als Konfektionsmodelleurin sowie in jeder anderen leicht bis knapp mittelschweren Tätigkeit zu 90 % arbeitsfähig. Dr. F.\_\_\_\_ gab im psychiatrischen Teilgutachten vom 25. Oktober 2007 (IV-act. 33) als Diagnosen eine depressive Episode mittleren Grades mit somatischem Syndrom und Panikstörung mit Hyperventilation (F32.11 und 41.0), eine narzisstische Persönlichkeitsstörung (F60.8) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) an. Die Versicherte sei wegen der Schmerzsymptomatik und der depressiven Episode (verminderter Antrieb, verminderte Konzentrationsfähigkeit, gestörter Schlaf und verminderte Belastbarkeit) seit September 2006 zu rund 50 % arbeitsunfähig. In polydisziplinärer Hinsicht schätzten die Gutachter die Restarbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auf 50 %. RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_ notierte am 16. November 2007, dass es gerechtfertigt erscheine, von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % auszugehen (IV-act. 35).

A.d Anlässlich einer Haushaltabklärung vom 21. Februar 2008 erklärte die Versicherte, dass sie nach der Einreise in die Schweiz zwei Jahre lang Deutsch gelernt habe (IV-act. 44). Anschliessend habe sie sich auf verschiedene Vollzeitstellen beworben. Wenn sie gesund wäre, würde sie grundsätzlich in einem vollen Pensum arbeiten. Die Abklärungsperson hielt fest, dass die Versicherte als Vollerwerbstätige zu qualifizieren sei.

A.e Med. pract. H.\_\_\_\_, Oberarzt Tagesklinik Psychiatrisches Zentrum D.\_\_\_\_, berichtete am 19. Dezember 2008 (IV-act. 51), dass die Versicherte seit Januar 2008 an



## St.Galler Gerichte

Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion (F43.21) leide. Seit dem 4. Juni 2008 befinde sie sich in tagesklinischer Behandlung. Aktuell laufe das Scheidungsverfahren. Aufgrund der tief greifenden Kränkung, die die Versicherte erfahren habe, sei die Prognose kurz- und mittelfristig als eher negativ zu beurteilen. Die Aufnahme einer Arbeitstätigkeit sei frühestens im Herbst 2009 möglich. RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_ notierte am 31. Dezember 2008, dass von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung auszugehen sei (IV-act. 52). Am 29. Juli 2009 berichtete med. pract. H.\_\_\_\_ über eine Verbesserung des Gesundheitszustandes (IV-act. 53).

A.f Am 13. August 2009 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass ihr Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche gewährt werde (IV-act. 55). Vom 2. März bis 30. April 2010 absolvierte die Versicherte eine berufliche Abklärung im I.\_\_\_\_ (IV-act. 66). Während med. pract. H.\_\_\_\_ der Eingliederungsverantwortlichen am 12. März 2010 telefonisch mitteilte, dass die Versicherte in der Arbeitsabklärung aufblühe (IV-act. 90-3), äusserte sich die Versicherte anlässlich eines Standortgesprächs am 17. März 2010 negativ über die erste Zeit in der Arbeitsabklärung (IV-act. 90-3). Laut dem Abklärungsbericht Verzahnungsprogramm vom 20. April 2010 (IV-act. 87) hatte die Versicherte jeweils morgens von 8.15-12.15 Näharbeiten von Hand und mit der Maschine sowie Zuschneidarbeiten erledigt. Sie sei Schneiderin und handwerklich geschickt. Mit dem Einstieg habe sie sich schwer getan. Später habe sie sich in die Gruppe integriert und scheinbar gern gearbeitet. Gegenüber anderen Teilnehmerinnen habe sie sich manchmal verständnislos und intolerant gezeigt. Wie belastbar die Versicherte sei und wie schnell sie arbeiten könne, könne nicht beurteilt werden. Eine Tätigkeit in der freien Wirtschaft sei nur in Teilzeit und in einem kleinen Team oder selbständig arbeitend möglich.

A.g RAD-Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_ notierte am 9. Dezember 2010 (IV-act. 81), dass die von Dr. F.\_\_\_\_ attestierte 50 %ige Arbeitsunfähigkeit aus der erst nach der Einreise in die Schweiz aufgetretenen mittelgradigen depressiven Episode und der somatoformen Schmerzstörung resultiere. Im Übrigen entspreche der von Dr. F.\_\_\_\_ beschriebene Befund nicht demjenigen einer mittelgradigen depressiven Episode.



## St.Galler Gerichte

A.h Med. pract. H.\_\_\_\_ berichtete am 20. Dezember 2010 (IV-act. 86), dass die am 1. Juni 2008 begonnene tagesklinische Behandlung am 1. Oktober 2009 beendet worden sei. Seither finde eine ambulante Behandlung statt. Die Versicherte sei weiterhin voll arbeitsunfähig. Sie sei sehr in ihrem bisherigen Beziehungsgeschehen verfangen und könne sich nicht davon distanzieren. Sie sei schwer depressiv, es bestünden eine Antriebs- und Freudlosigkeit. Ein ausgeprägtes Morgentief verunmögliche es der Versicherten, eine Arbeitsstelle am Morgen pünktlich anzutreten. Aufgrund des tiefgreifenden Charakters der Depression und der schweren Lebensgeschichte empfehle er, eine „50 %ige“ IV-Berentung zu prüfen. Die Eingliederungsverantwortliche hielt in ihrem Schlussbericht vom 31. Januar 2011 fest (IV-act. 89), dass sie den Eindruck habe, dass die Versicherte durch die Trennung/Scheidung in ihrem Verhalten stark beeinflusst werde resp. positive Perspektiven wie blockiert würden. Die Versicherte habe in ihrem Verhalten teilweise vordergründig und manipulativ gewirkt. Solange die Unterhaltsfrage nicht geklärt sei, habe eine Wiedereingliederung kaum Erfolgchancen. Am 28. Februar 2011 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass die Arbeitsvermittlung abgeschlossen werde, da ihr erneut eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei und sie sich aktuell subjektiv nicht arbeitsfähig fühle (IV-act. 93).

A.i Med. pract. H.\_\_\_\_ berichtete am 7. April 2011 (IV-act. 95), dass es bei der Versicherten seit der Ehescheidung im März 2011 zu einer gewissen Erleichterung gekommen sei. Sie sehe ihre Lage nun wieder deutlich optimistischer. Da es ab dem Mittag zu einer deutlichen Stimmungsaufhellung komme, sollte in absehbarer Zeit zumindest eine halbtägige Arbeitstätigkeit möglich sein, die später auf 100 % ausgebaut werden könnte. Am 2. August 2011 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass Abklärungen bezüglich der Möglichkeiten einer beruflichen Eingliederung notwendig seien (IV-act. 105).

A.j Am 29. August 2011 wurde die Versicherte von RAD-Arzt Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, untersucht (IV-act. 107). Dr. K.\_\_\_\_ gab als Diagnosen eine Panikstörung (F41.0), eine Migräne (D43.0), Hüftbeschwerden rechts (ohne sichtbare Funktionsbehinderung), narzisstisch selbstunwerte, passiv-aggressive Persönlichkeitszüge (Z73.1) und einen Verdacht auf eine Dysthymie (F34.1) an. Er erklärte weiter, dass die mangelnde Flexibilität, sich auf neue Situationen einzustellen, und die Panikzustände mit dadurch vermehrter Ängstlichkeit und Beeinträchtigung des



Selbstwertgefühls und des Leistungsvermögens allenfalls noch eine 20 bis 30 %ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigten. Nicht zu übersehen sei jedoch eine passiv-aggressive Leistungsabwehr mit unmotivierter Leistungsbereitschaft. Diese beruhe aus psychodynamischen Gesichtspunkten wohl darauf, dass die Versicherte aus ihrer Verletztheit und ihrem beeinträchtigten Selbstwertgefühl heraus die Vorstellung entwickelt habe, dafür belohnt werden zu müssen, wenn schon ihr Ehemann für sie nicht lebenslang Unterhalt zahlen müsse. Mit Verfügung vom 1. März 2012 eröffnete die IV-Stelle der Versicherten, dass sie keinen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen habe, da sie sich weiterhin nur in beschränktem Ausmass arbeitsfähig fühle (IV-act. 114).

A.k Mit Vorbescheid vom 24. September 2012 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht (IV-act. 121). Dagegen liess die Versicherte am 31. Oktober 2012 einwenden (IV-act. 125), dass ein Arbeitsversuch als Teamleiterin im Restaurant eines Bekannten von September 2011 bis Februar 2012 (3-4 Tage pro Woche während 4-5 Stunden) gezeigt habe, dass die Versicherte der Aufgabe nicht gewachsen sei. Der Versicherten sei es nicht gelungen, sich ins Arbeitsteam einzufügen, sie sei nicht kompromissbereit gewesen und habe die anderen Mitarbeiter mit ihrem Perfektionismus überfordert. Ausserdem sei sie starken Stimmungsschwankungen unterworfen gewesen. Obwohl sich die Versicherte der Problematik bewusst gewesen sei, sei es ihr nicht gelungen, ihr Verhalten anzupassen. Auch habe sich die Migräne durch die Arbeitstätigkeit bzw. die damit verbundenen psychischen Belastungen und Konfliktsituationen erheblich verstärkt. Sodann hätten die Stimmungsschwankungen und Stimmungstiefs wegen der mit einer Endometriose verbundenen Schmerzen und den Nebenwirkungen der Ende November 2011 begonnenen Hormonbehandlung stark zugenommen. Die Versicherte habe grosse Angst vor dem anstehenden chirurgischen Eingriff im November 2012, was sich in vermehrten Panikattacken äussere.

A.l Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 27. November 2012, dass die Versicherte an zeitweise die Leistungsfähigkeit wesentlich einschränkende Reizdarm-Beschwerden sowie an rezidivierenden Kopfschmerzen, welche teils als migräniform und teils als Spannungskopfschmerz zu werten seien, leide (IV-act. 130-2 f.). Dr. med. M.\_\_\_\_, Frauenarzt, informierte am 29. November 2012 (IV-



## St.Galler Gerichte

act. 131-2), dass eine Behandlung mit Dienogest zur raschen Besserung der diffusen Unterbauchschmerzen geführt habe. Als Nebenwirkungen dieser medikamentösen Behandlung könnten Kopfschmerzen (9 %) und eine depressive Verstimmung (5.1 %) auftreten. Med. pract. H.\_\_\_\_ gab in seinem Bericht vom 21. Dezember 2012 an (IV-act. 132-2), dass es wegen der durch die Endometriose ausgelösten Schmerzen mit nachfolgender Operation zu einer deutlichen Verschlechterung des Stimmungsbildes gekommen sei. Die Versicherte sei wieder voll arbeitsunfähig.

A.m Im Juli und August 2013 wurde die Versicherte polydisziplinär (allgemeininternistisch, psychiatrisch, neurologisch, rheumatologisch, gynäkologisch) durch die ABI Aerztliches Begutachtungsinstitut GmbH (nachfolgend: ABI) begutachtet (Gutachten vom 16. Dezember 2013, IV-act. 148). Die Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lauteten:

- Leichte bis mittelgradige depressive Episode (F32.0/F32.1)
- Panikstörung (F41.0)
- chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts (MRT-Befunde siehe IV-act. 148-28)
- Differentialdiagnose: Lumbales Facettengelenkschmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in die rechte untere Extremität.

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gaben die Gutachter u.a. an:

- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)
- akzentuierte abhängige, selbstunsichere Persönlichkeitszüge (Z73.1)
- multifaktorielles Kopfschmerzsyndrom (Migräne und Spannungskopfschmerzkomponente)
- funktionelle Sensibilitätsstörung und Tremor (F44.4/F44.6)
- rezidivierende Bauchschmerzen (weitere Angaben s. IV-act. 148-28 f.).



## St.Galler Gerichte

Dr. med. N.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, erklärte, dass bei der Untersuchung das Abdomen vor allem im rechten Unterbauch druckdolent gewesen sei. Ansonsten seien die Befunde regelrecht und die Laborwerte unauffällig gewesen. Die Arbeitsfähigkeit sei aus allgemeininternistischer Sicht nicht eingeschränkt. Dr. med. O.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, führte aus, dass bei der Versicherten depressive Verstimmungen, eine erhöhte Ermüdbarkeit, eine Antriebsstörung, morgendliche Anlaufschwierigkeiten, Schlafstörungen, ein etwas verminderter Selbstwert mit Schamgefühlen wegen der eingeschränkten Leistungsfähigkeit (aber bei erhaltener Selbstwertregulation) sowie eine Panikstörung mit doch häufig auftretenden anfallsartigen Ängsten mit vegetativen Symptomen bestünden. Die angegebenen Essattacken seien im Rahmen der Depression zu sehen, da das Erbrechen im Zusammenhang mit Migräne auftrete. Der Medikamentenspiegel des eher niedrig dosierten Antidepressivums habe unter dem therapeutischen Bereich gelegen. Aufgrund der frühen lebensgeschichtlichen Belastungen bestünden akzentuierte, abhängige und selbstunsichere Persönlichkeitszüge. Gegen die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit spreche vor allem, dass die Versicherte vor der Erkrankung voll leistungsfähig gewesen sei. Die vorhandenen Ressourcen seien eher gering, da sich die Versicherte kaum arbeitsfähig fühle und finanziell vom Sozialamt abhängig sei. Die Schmerzen liessen sich durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiveren, sodass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Da deutlich ausgeprägte emotionale und psychosoziale Belastungsfaktoren bestünden, die sich in den Schmerzen ausdrückten, könne eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden. Diese habe jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: Die Versicherte leide nicht an einer schweren psychischen Störung, die therapeutisch nicht günstig beeinflusst werden könnte, die therapeutischen Möglichkeiten seien noch nicht ausgeschöpft, eine schwere chronische somatische Erkrankung liege nicht vor, die Versicherte pflege durchaus wenige Kontakte und ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf bei einer zwar entlastenden, aber missglückten Konfliktbewältigung sei nicht erwiesen. Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherte wegen der Depression und der Panikstörung seit dem Jahr 2006 zu 30 % arbeitsunfähig. Es bestehe eine verminderte Belastbarkeit mit vor allem einer erhöhten Ermüdbarkeit, weshalb die Versicherte einen vermehrten Pausen- bzw.



Erholungsbedarf habe. Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, gab an, dass sich in neurologischer Hinsicht bezüglich der Hüftgelenks- und Rückenbeschwerden kein relevanter Befund ergeben habe. Der wechselnd ausgeprägte, insgesamt eher nur diskrete Tremor lasse sich keinem neurologischen Krankheitsbild zuordnen und sei, wie die Gefühlsstörung, als funktionell anzusehen. Die Mitarbeit der Versicherten bei der Untersuchung sei überwiegend gut gewesen, allenfalls bei einigen Teilaufgaben nicht konsistent. Eine massive bewusstseinsnahe Symptomausweitung könne nicht unbedingt angenommen werden. Wenn davon ausgegangen werde, dass es sich beim Tremor um eine leichte dissoziative Bewegungsstörung und nicht um ein rein bewusstseinsnahes Zittern handle, könne die Versicherte feinmechanische Tätigkeiten nur noch eingeschränkt verrichten. Für alle übrigen körperlich leichten bis mittelschweren Frauenarbeiten sei die Versicherte aus neurologischer Sicht voll arbeitsfähig. Dr. Q.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie, führte aus, dass die klinisch-rheumatologische Untersuchung zum Teil deutlich inkonsistente Befunde ergeben habe. Aus klinisch-rheumatologischer Sicht könne das Ausmass der nun seit über 20 Jahren beklagten Beschwerden am Bewegungsapparat nicht adäquat erklärt werden, sodass von einer wegweisenden psychosozialen Überlagerung des Schmerzbildes auszugehen sei. Es bestehe eine ausgeprägte subjektive Krankheits- und Behinderungsüberzeugung. In einer körperlich leichten bis nur sehr selten mittelschweren und wechselbelastenden beruflichen Tätigkeit sei die Versicherte unter Berücksichtigung der qualitativen Arbeitsplatzbedingungen (s. IV-act. 148-24 f.) voll arbeitsfähig. Dr. med. R.\_\_\_\_, FMH Gynäkologie, führte aus, dass aus gynäkologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, da die Schmerzen behandelbar seien. In polydisziplinärer Hinsicht legten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit in einer körperlich adaptierten Tätigkeit auf 70 % (ganztägiges Pensum) fest. RAD-Arzt Dr. K.\_\_\_\_ notierte am 14. Januar 2014, dass auf das polydisziplinäre Gutachten abgestellt werden könne (IV-act. 150).

A.n Mit Vorbescheid vom 31. Januar 2014 kündigte die IV-Stelle der Versicherten bei einem IV-Grad von 0 % die Abweisung des Rentengesuchs an (IV-act. 154). Zur Begründung hielt sie fest, dass eine leichte bis mittelgradige depressive Episode gemäss der Rechtsprechung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründe. Somit sei in einer adaptierten Tätigkeit von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Dagegen wendete die Rechtsvertreterin der Versicherten am 10. März 2014 ein (IV-act.



155), dass die Versicherte gemäss den behandelnden Ärzten aus psychiatrischer Sicht voll arbeitsunfähig sei. Hinzu komme, dass sich der Gesundheitszustand seit der Begutachtung verschlechtert habe. Ausserdem falle es der Versicherten schwer, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und sich gegenüber einem Arzt vollständig zu öffnen; dies sei ihr auch gegenüber Dr. O.\_\_\_\_ nicht gelungen. In einem beigelegten Bericht vom 7. März 2014 hatte Dr. med. S.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erklärt, dass ihr die Versicherte am 3. Februar 2014 von der Hausärztin zur Behandlung zugewiesen worden sei (IV-act. 155-8 ff.). Die Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2) vor dem Hintergrund einer mehrfach kombinierten Persönlichkeitsstörung (zwanghaft, paranoid/schizoid, ängstlich, abhängige, borderline Anteile, F61), und an einer Zwangsstörung (F42). Als Nebendiagnosen hatte Dr. S.\_\_\_\_ Kontakttänze mit Bezug auf die Kindheitserlebnisse und die Erziehung (Z61, Z62), frühere belastende Eheverhältnisse/Probleme Übergangsphase Lebenszyklus und Isolation (Z60, Z63) und andere Kontakttänze mit Bezug auf den engeren Familienkreis (Z63) angegeben. Die Versicherte habe erstmals ihre Geheimnisse offenbaren können. Die Suizidalität habe ein wenig entschärft werden können. Die Versicherte sei bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig.

A.o RAD-Arzt Dr. K.\_\_\_\_ hielt am 9. Mai 2014 fest (IV-act. 158), dass die von Dr. S.\_\_\_\_ erhobenen Befunde keine schwere Depression abbildeten. Der Umstand, dass die Behandlungen nur alle zwei Wochen stattfänden und dass bereits eine sehr geringe Dosis des Antidepressivums Citalopram eine deutliche Besserung des depressiven Zustandsbildes bewirkt habe, spreche allenfalls für eine nicht invalidisierende, temporäre depressive Störung. Es bestehe keine Veranlassung, von der bisherigen Beurteilung abzuweichen. Mit Verfügung vom 12. Mai 2014 wies die IV-Stelle das Rentengesuch aus den im Vorbescheid angegebenen Gründen ab (IV-act. 159).

B.

B.a Gegen diese Verfügung liess die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 16. Juni 2014 Beschwerde erheben (act. G 1). Ihre Rechtsvertreterin beantragte die Aufhebung der Verfügung und die Ausrichtung mindestens einer Viertelsrente. Eventualiter seien durch das Gericht weitere medizinische Abklärungen zu veranlassen.



Die Rechtsvertreterin stellte zudem ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (inkl. unentgeltliche Rechtsverteidigung). Zur Begründung machte sie geltend, dass die bisherigen Arbeitsversuche gezeigt hätten, dass die Beschwerdeführerin den Anforderungen auf dem Arbeitsmarkt nicht gewachsen sei. Sowohl Dr. S.\_\_\_\_ wie auch Dr. L.\_\_\_\_ bescheinigten der Beschwerdeführerin eine volle Arbeitsunfähigkeit. Im Übrigen sei der Zusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden und den körperlichen Leiden sowie deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht eingehend abgeklärt worden. Entgegen der Behauptung des RAD hätten die Behandlungen bei Dr. S.\_\_\_\_ zunächst zweimal wöchentlich und später mindestens einmal wöchentlich stattgefunden. Es könne keinesfalls davon ausgegangen werden, dass maximal eine temporäre depressive Störung vorliege. Die Klinik für Neurologie hatte in einem beiliegenden Bericht vom 25. April 2014 die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte fehlende Kraft und Kontrolle in der rechten Hand beim Schreiben als Schreibkrampf mit intermittierendem Handtremor, DD dyston DD funktionell überlagert, interpretiert (act. G 1.1 Beilage 7). Die Klinikärzte hatten zudem die Diagnose einer sensiblen Radikulopathie C6 rechts angegeben. Dr. L.\_\_\_\_ hatte am 6. Juni 2014 berichtet, dass die Wiederaufnahme einer regelmässigen Arbeitstätigkeit im Moment nicht denkbar sei, da die Beschwerdeführerin psychisch überhaupt nicht belastbar sei (act. G 1.1 Beilage 6). Dr. S.\_\_\_\_ hatte im Verlaufsbericht vom 13. Juni 2014 erklärt, dass die depressive Störung aktuell mittelgradig ausgeprägt sei (F33.1; act. G 1.1 Beilage 9). Neu hatte sie die Diagnosen einer Bulimia nervosa, mit Missbrauch von Abführmitteln (F50.2), und eines Verdachts auf eine bipolar affektive Störung (F31) angegeben. Dass die Beschwerdeführerin bisher trotz jahrelanger Behandlung nur wenige Fortschritte habe erzielen können, liege weniger an einer Selbstlimitierung oder an unfähigen Fachpersonen, sondern an einem komplexen Krankheitsbild mit einem schwierigen Verlauf und einem zeitlich sehr weit zurückreichenden Beginn. Die Beschwerdeführerin sei bis auf weiteres voll arbeitsunfähig.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 24. Juli 2014 die Abweisung der Beschwerde (act. G 3). Sie machte geltend, dass den psychiatrischen Diagnosen eine invalidisierende Wirkung zu Recht abgesprochen worden sei. Selbst wenn man die psychischen Beschwerden losgelöst von der somatoformen Schmerzstörung betrachten würde, wären sie nicht invalidisierend. Gemäss dem ABI-Gutachten liege der Medikamentenspiegel unter dem therapeutischen Bereich. Es fehle somit an einer



## St.Galler Gerichte

konsequenten Depressionstherapie, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweisen würde. Sogar wenn der Invaliditätsbemessung die im Gutachten attestierte Arbeitsunfähigkeit von 30 % zugrunde gelegt würde, käme der IV-Grad unter 40 % zu liegen.

B.c Am 5. August 2014 bewilligte die zuständige Abteilungspräsidentin das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung durch Rechtsanwältin A. Schreiner) für das Beschwerdeverfahren (act. G 4).

B.d Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin erklärte am 12. September 2014, dass sie von einer ausführlichen Replik absehe (act. G 6). In einem am 14. September 2016 eingereichten Bericht vom 30. August 2016 hatte Dr. S.\_\_\_\_ erklärt, dass die depressive Störung aktuell leicht- bis mittelgradig ausgeprägt sei (act. G 9.1). Einen Verdacht auf eine bipolar affektive Störung hatte sie nicht mehr erwähnt. Die Beschwerdeführerin sei weiterhin voll arbeitsunfähig.

B.e Am 26. September 2016 reichte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin eine Honorarnote über den Betrag von Fr. 5'300.-- ein (21.48 Stunden à Fr. 250.--, exkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer).

## Erwägungen

1.

1.1 Mit der angefochtenen Verfügung vom 12. Mai 2014 hat die IV-Stelle einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin bei einem IV-Grad von 0 % verneint.

1.2 Die Beschwerdeführerin hat sich bereits im Dezember 2006 zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet und eine Arbeitsunfähigkeit seit Januar 2006 geltend gemacht. Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht ein Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs. Nun ist aber nach dem (lückenfüllend geschaffenen) Übergangsrecht der 5. IV-Revision die altrechtliche Regelung des Rentenbeginns weiter anzuwenden, sofern das Wartejahr vor dem Zeitpunkt des Inkrafttretens (1. Januar 2008) zu laufen begonnen hat und die



Anmeldung bis spätestens Ende Juni 2008 erfolgt ist (vgl. das vom Bundesamt für Sozialversicherungen herausgegebene IV-Rundschreiben Nr. 253 vom 12. Dezember 2007 sowie die Modifikation in BGE 138 V 475). Nach aArt. 29 Abs. 1 lit. b IVG entsteht der Rentenanspruch – unabhängig vom Datum der Anmeldung – unmittelbar mit der Erfüllung des Wartejahres. Da sich die Beschwerdeführerin innert zwölf Monaten nach Eintritt der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zum Leistungsbezug angemeldet hat, würde ein allfälliger Rentenanspruch frühestens ab 1. Januar 2007 entstehen.

Nachfolgend ist somit zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin in der Zeit vom 1. Januar 2007 bis 12. Mai 2014 (Verfügungserlass) einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

2.

2.1 Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist der Invaliditätsgrad grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

3.



3.1 Um das Invalideneinkommen ermitteln zu können, muss die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vom 1. Januar 2006 (frühestmöglicher Beginn des Wartejahres) bis 12. Mai 2014 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen.

3.2 In somatischer Hinsicht macht die Beschwerdeführerin insbesondere Hüft-, Rücken-, Bauch- und Kopfschmerzen sowie ein häufiges Zittern in beiden Händen und eine leichte Minderempfindung im rechten Arm und rechten Bein geltend. Der rheumatologische Gutachter Dr. E.\_\_\_\_ hat bereits im Gutachten vom 3. November 2007 festgehalten, dass er keine Erklärung für die anamnestischen Polyarthralgien und für das Ausmass der Lumboischialgien und der Hüftschmerzen rechts habe finden können. Zu diesem Schluss sind auch die Gutachter des ABI im Jahr 2013 gekommen: Der neurologische Gutachter Dr. P.\_\_\_\_ hat erklärt, dass sich in neurologischer Hinsicht kein relevanter Befund bezüglich der Hüftgelenks- und Rückenbeschwerden ergeben habe. Auch der wechselnd ausgeprägte, insgesamt eher nur diskrete Tremor und die Gefühlsstörung (im rechten Arm und Bein) liessen sich keinem neurologischen Krankheitsbild zuordnen. Das multifaktorielle Kopfschmerzsyndrom hat Dr. P.\_\_\_\_ teilweise im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung angesehen, ihm aber auch eine Spannungskopfschmerz- und Migränekomponente beigemessen (IV-act. 148-18). Der rheumatologische Gutachter Dr. Q.\_\_\_\_ hat in der klinischen Untersuchung zum Teil deutlich inkonsistente Befunde erhoben. Auch er hat sich die Beschwerden am Bewegungsapparat aus rheumatologischer Sicht nicht erklären können. Dr. E.\_\_\_\_ hat der Beschwerdeführerin im Jahr 2007 wegen der langjährigen Schonung und der damit verbundenen Notwendigkeit vermehrter Pausen auch in einer körperlich adaptierten Tätigkeit eine 10 %ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Diese Einschätzung überzeugt nicht, da es sich bei einer körperlichen Dekonditionierung nicht um einen bleibenden, invalidisierenden Gesundheitsschaden handelt. Die ABI-Gutachter Dr. P.\_\_\_\_ und Dr. Q.\_\_\_\_ haben die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht in einer körperlich leichten bis nur sehr selten mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit auf 100 % geschätzt. Diese Beurteilung überzeugt angesichts der geringen objektivierbaren pathologischen Befunde und der guten Behandelbarkeit der Kopf- und Bauchschmerzen. Aus somatischer Sicht ist die Beschwerdeführerin daher in einer körperlich adaptierten Tätigkeit (worunter auch die angestammten Tätigkeit als Konfektionsmodelleurin fällt) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nie längerdauernd in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen.



3.3 In psychiatrischer Hinsicht liegen bezüglich der Diagnosen und der Arbeitsfähigkeit unterschiedliche Beurteilungen im Recht. Insbesondere divergieren die Meinungen hinsichtlich des Vorliegens einer Persönlichkeitsstörung. Während die behandelnde Psychiaterin Dr. med. T.\_\_\_\_ (2006, IV-act. 33-4), Dr. C.\_\_\_\_ (2007, Tagesklinik D.\_\_\_\_), der Gutachter Dr. F.\_\_\_\_ (2007) sowie Dr. S.\_\_\_\_ (2014) davon ausgegangen sind, dass die Beschwerdeführerin an einer (kombinierten) Persönlichkeitsstörung leidet, haben RAD-Arzt Dr. K.\_\_\_\_ und der Gutachter Dr. O.\_\_\_\_ lediglich akzentuierte Persönlichkeitszüge diagnostiziert. Der langjährige behandelnde Psychiater med. pract. H.\_\_\_\_ (2008 bis ca. 2013) hat sich gar nie damit auseinandergesetzt, ob die Beschwerdeführerin an einer Persönlichkeitsstörung leiden könnte oder allenfalls akzentuierte Persönlichkeitszüge vorhanden sein könnten. Dr. O.\_\_\_\_ hat zwar das Vorliegen von frühen lebensgeschichtlichen Belastungen bejaht (IV-act. 148-13), eine Persönlichkeitsstörung jedoch mit der Begründung, dass die Beschwerdeführerin vor der Erkrankung voll leistungsfähig gewesen sei, verneint. Tatsächlich treten Persönlichkeitsstörungen meist bereits in der Kindheit oder in der Adoleszenz in Erscheinung (ICD-10: F60.-). Aus dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. F.\_\_\_\_ geht hervor, dass die Beschwerdeführerin in B.\_\_\_\_ die Grundschule besucht habe. Die Lehre als Schneiderin habe sie wegen Hüftbeschwerden abgebrochen und stattdessen eine vierjährige Ausbildung zur Männermodeentwerferin absolviert. Eine feste Anstellung habe sie wegen ihrer Beschwerden nie erhalten. Rund ein Jahr lang habe sie als freie Mitarbeiterin für ein Theater gearbeitet und daneben vom Arbeitsamt gelebt. 1997/1998 habe sie Jura studiert, das Studium aber abbrechen müssen, weil kein Geld mehr vorhanden gewesen sei. Danach habe sie wieder vom Sozialamt gelebt. Im Jahr 2000 habe sie in B.\_\_\_\_ den Invalidenstatus erhalten, d.h. man habe ihr nur noch eine Teilzeitarbeit in einer angepassten Tätigkeit zugetraut (IV-act. 33-2, 44-13). Der berufliche Werdegang der Beschwerdeführerin ist somit bereits in B.\_\_\_\_ unstet gewesen. Sie hat nie eine Festanstellung gehabt und auch nie Vollzeit gearbeitet. Die Angabe von Dr. O.\_\_\_\_, dass die Beschwerdeführerin vor der Erkrankung im Jahr 2006 voll leistungsfähig gewesen sei, überzeugt vor diesem Hintergrund nicht.

3.4 Bei einer Persönlichkeitsstörung handelt es sich um ein andauerndes Verhaltens- und Erlebnismuster, das deutlich, tief greifend und inflexibel von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht. Eine Persönlichkeitsstörung beginnt zwar bereits in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter, das subjektive Leiden tritt unter



Umständen aber erst im späteren Verlauf auf (Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 266. Auflage, Berlin 2014, S. 1641). Eine schizoide Persönlichkeitsstörung ist durch einen Rückzug von affektiven, sozialen und anderen Kontakten mit übermässiger Vorliebe für Phantasie, einzelgängerisches Verhalten und in sich gekehrte Zurückhaltung gekennzeichnet. Betroffene haben nur ein begrenztes Vermögen, Gefühle auszudrücken und Freude zu erleben (ICD-10: F60.1). Bei der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung handelt es sich um eine Persönlichkeitsstörung mit deutlicher Tendenz, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren, verbunden mit unvorhersehbarer und launenhafter Stimmung. Es besteht eine Neigung zu emotionalen Ausbrüchen und eine Unfähigkeit, impulshaftes Verhalten zu kontrollieren. Ferner besteht eine Tendenz zu streitsüchtigem Verhalten und zu Konflikten mit anderen, insbesondere wenn impulsive Handlungen durchkreuzt oder behindert werden. Es können zwei Erscheinungsformen unterschieden werden: Ein impulsiver Typus, vorwiegend gekennzeichnet durch emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle und ein Borderline-Typus, zusätzlich gekennzeichnet durch Störungen des Selbstbildes, der Ziele und der inneren Präferenzen, durch ein chronisches Gefühl von Leere, durch intensive, aber unbeständige Beziehungen und eine Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten mit parasuizidalen Handlungen und Suizidversuchen (ICD-10: F60.3). Die anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung ist durch Gefühle von Zweifel, Perfektionismus, übertriebener Gewissenhaftigkeit, ständigen Kontrollen, Halsstarrigkeit, Vorsicht und Starrheit gekennzeichnet. Es können beharrliche und unerwünschte Gedanken oder Impulse auftreten, die nicht die Schwere einer Zwangsstörung erreichen (ICD-10: F60.5). Die Hauptmerkmale der ängstlich (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung sind Gefühle von Anspannung und Besorgtheit, Unsicherheit und Minderwertigkeit. Es besteht eine andauernde Sehnsucht nach Zuneigung und Akzeptanz und eine Überempfindlichkeit gegenüber Zurückweisung und Kritik mit eingeschränkter Beziehungsfähigkeit. Die betreffende Person neigt zur Überbetonung potentieller Gefahren oder Risiken alltäglicher Situationen bis zur Vermeidung bestimmter Aktivitäten (ICD-10: F60.6). Personen mit einer abhängigen Persönlichkeitsstörung verlassen sich bei kleineren oder grösseren Lebensentscheidungen passiv auf andere Menschen. Die Störung ist ferner durch grosse Trennungsangst, Gefühle von Hilflosigkeit und Inkompetenz, durch eine Neigung, sich den Wünschen älterer und



anderer unterzuordnen sowie durch ein Versagen gegenüber den Anforderungen des täglichen Lebens gekennzeichnet. Die Kraftlosigkeit kann sich im intellektuellen emotionalen Bereich zeigen; bei Schwierigkeiten besteht die Tendenz, die Verantwortung anderen zuzuschieben (ICD-10: F60.7). Die narzisstische Persönlichkeitsstörung ist durch ein Gefühl der Grossartigkeit und der eigenen Wichtigkeit, dem Bedürfnis nach Bewunderung, von Arroganz und Anspruchsdenken, von hoher Kränkbarkeit und von einem Mangel an Einfühlungsvermögen und Empathie gekennzeichnet. Sie kann nach Kränkungssituationen mit einer schweren depressiven Episode und Suizidalität einhergehen (Pschyrembel, a.a.O., S. 1642).

3.5 Die Psychiaterin Dr. T.\_\_\_\_ hat gegenüber Dr. F.\_\_\_\_ angegeben, dass die Beschwerdeführerin psychisch sicher deutlich gestört sei; diagnostisch handle es sich um eine narzisstische (ev. Borderline-) Persönlichkeitsstörung. Die Beschwerdeführerin habe bei der Erhebung der Lebensgeschichte manchmal nicht zwischen Phantasie und Realität unterscheiden können. Ihre Angaben seien nicht kongruent mit den Angaben gewesen, die sie gegenüber Dr. C.\_\_\_\_ gemacht habe. Genaueres Nachfragen habe zu Spannungen in der therapeutischen Beziehung geführt (IV-act. 33-4). Die anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin sind teilweise tatsächlich widersprüchlich: Beispielsweise hat sie gegenüber Dr. F.\_\_\_\_ angegeben, ihren Vater nicht zu kennen (IV-act. 33-2), während sie gegenüber den ABI-Gutachtern erklärt hat, im 16. oder 17. Altersjahr erfahren zu haben, wer ihr Vater sei (IV-act. 148-11). Diskrepanz sind auch die Angaben bezüglich der Kindheit: Dr. S.\_\_\_\_ hat die Beschwerdeführerin erzählt, dass die Verhältnisse beim Heranwachsen die Hölle gewesen seien (act. G 9.1). RAD-Arzt Dr. K.\_\_\_\_ hingegen hat notiert, dass die Beschwerdeführerin vom Grossvater, der sie praktisch grossgezogen habe, alles bekommen habe und an diese Zeit gute Erinnerungen habe (IV-act. 107). Natürlich stellt sich die Frage, ob die Beschwerdeführerin tatsächlich nicht zwischen Phantasie und Realität unterscheiden kann, oder ob sie bewusst falsche Angaben zu ihrer Anamnese gemacht hat. Ohne Zweifel aufhorchen lassen die Aussagen der Beschwerdeführerin gegenüber der gynäkologischen Gutachterin Dr. R.\_\_\_\_, wonach sie als Teamleiterin in einer Pizzeria gut im Team eingebettet gewesen sei, dass ihr die Arbeit viel Spass gemacht habe und dass sie beim Arbeitsversuch erfreulicherweise festgestellt habe, dass sie viel Geduld mit anderen Menschen habe und diesen gerne bei der Ausbildung zur Seite stehe (IV-act. 148-26 f.). Gemäss den (angesichts der



Aktenlage überzeugenden) Ausführungen der Rechtsvertreterin ist die Beschwerdeführerin der Tätigkeit als Teamleiterin nicht gewachsen gewesen. Sie sei nicht kompromissbereit gewesen, habe die anderen Mitarbeiter mit ihrem Perfektionismus überfordert und wenn in ihren Augen etwas nicht richtig gelaufen sei, sei sie sehr böse geworden, was zu andauernden Konflikten mit den anderen Arbeitnehmern geführt habe (IV-act. 125). Dass die Beschwerdeführerin offenbar Probleme mit der Selbstwahrnehmung sowie mit der Wahrnehmung und Interpretation ihrer Mitmenschen hat, geht auch eindrücklich aus dem Bericht über den tagesklinischen Aufenthalt im Jahr 2006 und aus den Unterlagen über die berufliche Abklärung im Jahr 2010 hervor: Dr. C.\_\_\_\_ hat angegeben, dass die Beschwerdeführerin während des tagesklinischen Aufenthalts Mühe gehabt habe, andere wahrzunehmen und sich in andere einzufühlen. Durch unangepasste Äusserungen habe sie sich in eine Aussenseiterposition gebracht (IV-act. 14-3). Die Projektleiterin der beruflichen Abklärung hat erklärt, dass sich die Beschwerdeführerin im Team auffällig verhalten habe: Sie habe sich abgesondert, sich gegenüber anderen Teilnehmerinnen manchmal verständnislos und intolerant gezeigt und es habe immer wieder Konflikte mit anderen Teilnehmerinnen gegeben; die Beschwerdeführerin sei weder bei den Teilnehmerinnen noch bei den Leiterinnen (Akzeptanzproblem) beliebt gewesen. Die Beschwerdeführerin hat das Problem demgegenüber nicht bei sich selber, sondern bei den anderen Frauen gesehen (IV-act. 87-7 und 90-4). Neben den vielen zwischenmenschlichen Konflikten und dem Mangel an Einfühlungsvermögen und Empathie (IV-act. 14-3) gehen aus den Akten auch andere Merkmale einer Persönlichkeitsstörung hervor wie beispielsweise eine tiefe Frustrationstoleranz und eine gesteigerte Reizbarkeit (IV-act. 155-9, act. G 9.1), eine tiefgreifende Kränkung durch den Betrug des Ehemannes (IV-act. 86-3), starke Stimmungsschwankungen (act. G 9.1), Spannungsgefühle (act. G 9.1), zwanghafte Handlungen (IV-act. 155-8 f.), Perfektionismus, Halsstarrigkeit, praktisch fehlende soziale Beziehungen sowie – als mögliches Begleitsymptom – Essstörungen. Das in den Akten beschriebene, äusserst auffällige Verhalten der Beschwerdeführerin sowie die fachärztlichen Einschätzungen von Dr. T.\_\_\_\_, Dr. C.\_\_\_\_, Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. S.\_\_\_\_ wecken erhebliche Zweifel an den Beurteilungen des RAD-Arztes Dr. K.\_\_\_\_ und des Gutachters Dr. O.\_\_\_\_, wonach bei der Beschwerdeführerin lediglich akzentuierte Persönlichkeitszüge ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen sollen. Da unklar ist, ob die Beschwerdeführerin an einer (kombinierten) Persönlichkeitsstörung leidet,



steht auch die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest. Eine erneute psychiatrische Begutachtung unter Berücksichtigung der gesamten Krankengeschichte (insbesondere auch der derjenigen von Dr. S.\_\_\_\_) ist unumgänglich.

3.6 Zu prüfen bleibt, ob die Beschwerdegegnerin oder das Gericht die psychiatrische Neubegutachtung in Auftrag zu geben hat. Die bundesgerichtliche Praxis, wonach ein kantonales Versicherungsgericht in der Regel dann ein Gerichtsgutachten einholt, wenn es im Rahmen der Beweiswürdigung zum Schluss kommt, eine Administrativexpertise sei in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 11. Dezember 2014, 8C\_633/2014 E. 3.2; BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4), leuchtet nicht ein: Die Beschwerdegegnerin ist gestützt auf Art. 43 Abs. 1 ATSG verpflichtet, die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Die Beschwerdegegnerin hat somit u.a. den medizinischen Sachverhalt soweit abzuklären, dass die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht. Die Beschwerdegegnerin hat die Arbeitsunfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht ungenügend abgeklärt. Der Gesetzgeber hat die rechtsgenügende Ermittlung des Sachverhalts ausdrücklich der IV-Stelle zugewiesen. Eine Verletzung dieser gesetzlichen Regelung kann durch die vom Bundesgericht angeführten Vorteile von Gerichtsgutachten, namentlich der Straffung des Gesamtverfahrens und der beschleunigten Rechtsgewährung (siehe BGE 137 V 210 E. 4.4.1.2), nicht „geheilt“ werden. Hinzu kommt, dass in einem Gerichtsgutachten nur der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung zu beurteilen sind, während eine Rückweisung der Beschwerdegegnerin die Möglichkeit gibt, den gesamten Verlauf der Arbeitsfähigkeit bis zu einer neuen Verfügung zu berücksichtigen. Zu beachten ist auch, dass der Beschwerdeführer durch die Einholung eines Gerichtsgutachtens die Möglichkeit genommen würde, den Rentenanspruch von drei Instanzen prüfen zu lassen. Dies ist insbesondere auch deshalb problematisch, weil das Bundesgericht nur über eine eingeschränkte Kognition verfügt, d.h. es kann den Sachverhalt nur eingeschränkt überprüfen (siehe Art. 97 des Bundesgerichtsgesetzes, SR 173.110). Die erneute psychiatrische Begutachtung ist daher durch die Beschwerdegegnerin zu veranlassen.



3.7 Demnach ist die angefochtene Verfügung in teilweiser Gutheissung der Beschwerde gestützt auf Art. 43 Abs. 1 ATSG aufzuheben und die Sache ist zur erneuten psychiatrischen Begutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Ein allfälliger Rentenanspruch könnte, wie in Erw. 1.2 erläutert, frühestens ab 1. Januar 2007 entstehen. Für den Rentenanspruch entscheidend ist die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin während eines Jahres vor dem frühestmöglichen Anspruchsbeginn, also ab Januar 2006. Im einzuholenden psychiatrischen Gutachten ist daher auch zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit seit Januar 2006 Stellung zu nehmen. Die Begutachtung hat zudem unter Einbezug der vollständigen Krankheitsgeschichte zu erfolgen.

4.

4.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Praxisgemäss ist die Rückweisung der Sache zur ergänzenden Abklärung und neuen Beurteilung an die Verwaltung als volles Obsiegen der Beschwerdeführerin zu werten (BGE 132 V 215 E. 6.2). Dementsprechend ist die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Bei diesem Ausgang des Verfahrens erübrigt sich die Festsetzung einer Entschädigung aus der gewährten unentgeltlichen Rechtsverteidigung.

4.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Auch hier gilt, dass eine Rückweisung zur weiteren Abklärung als volles Obsiegen der beschwerdeführenden Partei zu betrachten ist. 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.--. Ein durchschnittlich aufwändiger IV-Rentenfall wird im Verfahren vor dem Versicherungsgericht praxisgemäss pauschal mit Fr. 3'500.-- entschädigt. Die Rechtsvertreterin hat eine Honorarnote über Fr. 5'300.-- (exkl.



Barauslagen und Mehrwertsteuer) eingereicht. Dieser Betrag erscheint deutlich zu hoch, da der vorliegende Fall vom Aufwand und vom Schwierigkeitsgrad her im Vergleich mit anderen Fällen durchschnittlich gewesen ist. Die Entschädigung ist daher auf pauschal Fr. 3'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 12. Mai 2014 aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung und zur anschliessenden Neuverfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

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

3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.