



Fall-Nr.: IV 2017/215
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 23.09.2019
Entscheiddatum: 04.06.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 04.06.2018

Art. 28 IVG, Art. 17 ATSG. Rentenrevision. Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin. Würdigung Gutachten und Observationsergebnisse (9C_328/2017) (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. Juni 2018, IV 2017/215). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C_557/2018.

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiber Markus Jakob

Geschäftsnr.

IV 2017/215

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwältin Evelyne Angehrn, Oberer Graben 44, 9000 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



Gegenstand

Rentenrevision (Einstellung)

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend Versicherte oder Beschwerdeführerin), Mutter von zwei Kindern (geboren 19__ und 19__), arbeitete als Produktionsmitarbeiterin bei der Firma B.____ AG. Mit Schreiben vom 25. September 2007 kündigte die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis per 30. November 2007. Ab dem 28. September 2007 war die Versicherte krankheitsbedingt zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 1, 7-8 ff., 25-1 f. und 52-2, 4 und 6). In Behandlung war sie bei Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, sowie u.a. in der Klinik Y.____ (8. bis 27. Oktober 2007) und im Psychiatrie Zentrum W.____ (9. November bis 11. Dezember 2007; IV-act. 8 f., 21-5 ff., 23).

A.b Im Mai 2008 meldete sich die Versicherte zum Bezug von Leistungen bei der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). In den Arztberichten vom 7. August und 12. November 2008 bescheinigte Dr. C.____ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit wegen schwerer posttraumatischer Belastungsstörung nach fristloser Kündigung der langjährigen Arbeitsstelle im September 2007 und schwerer chronischer depressiver Phase (IV-act. 17, 26). Mit Verfügung vom 20. August 2009 wurde der Versicherten rückwirkend ab 1. September 2008 eine ganze IV-Rente sowie für die beiden Kinder eine Kinderrente zugesprochen (IV-act. 39).

A.c Im März 2011 wurde die erste amtliche Rentenrevision eingeleitet. In den Arztberichten vom 14. März und 13. Juli 2011 ging Dr. C.____ wegen einer chronischen schweren Depression mit körperlich massiven Beschwerden von einer vollen Arbeitsunfähigkeit in allen Tätigkeiten aus (IV-act. 43, 46). Im Arztbericht vom 6. August 2011 erklärte Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemein- und Tropenmedizin FMH, dass die Versicherte an psychischen Beschwerden mit Ängsten, Panik und Depression leide. Im Weiteren berichtete der Arzt von chronischen Rückenschmerzen, hauptsächlich im Nackengebiet, zeitweise auch im Kreuz, und von wiederholten Krisen mit



St.Galler Gerichte

Bauchschmerzen sowie Wechsel von Durchfall und Verstopfung. Er ging davon aus, dass die körperlichen Beschwerden hauptsächlich Ausdruck der psychischen Problematik seien (IV-act. 47).

A.d Am 7. November 2011 wurde die Versicherte im Auftrag der IV-Stelle von Dr. med. E.___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FHM, Chefarzt Klinik X.___, begutachtet (IV-act. 49 bis 51). Im Gutachten vom 17. November 2011 diagnostizierte der Facharzt insbesondere eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome. Er ging von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen sowie anderen adaptierten Tätigkeiten aus (IV-act. 52). In der Stellungnahme vom 13. Februar 2012 erklärte die RAD-Ärztin Dr. med. F.___, dass das Gutachten von Dr. E.___ umfassend, kohärent, schlüssig und medizinisch nachvollziehbar sei, weshalb darauf abgestellt werden könne (IV-act. 53).

A.e Am 30. April 2012 erteilte die IV-Stelle einen Auftrag zur Überwachung der Versicherten (IV-act. 57 f.). Gemäss Überwachungsbericht vom 28. Juni 2012 wurde die Versicherte im Zeitraum vom 3. Mai bis 21. Juni 2012 an fünf Tagen observiert (IV-act. 62).

A.f Vom 7. bis 10. Oktober 2012 war die Versicherte im Spital W.___ sowie vom 25. bis 27. Februar 2013 im Spital V.___ und anschliessend bis am 28. Februar 2013 in der psychiatrischen Klinik in T.___ hospitalisiert (IV-act. 92, 97, 105-8 ff.).

A.g Die IV-Stelle beauftragte med. pract. G.___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, mit einer weiteren Begutachtung der Versicherten. Diese fand am 2./3. März 2013 statt. Im Gutachten vom 21. Mai 2013 diagnostizierte die Fachärztin insbesondere eine rezidivierende depressive Störung und schätzte die Arbeitsunfähigkeit auf höchstens 30 bis 40% ein. Geeignet seien Tätigkeiten, die keine hohen Anforderungen an die Stress- und Frustrationstoleranz sowie die emotionale Belastbarkeit stellen (IV-act. 113).

A.h Im Arztbericht vom 10. April 2013 diagnostizierte Dr. med. H.___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, insbesondere eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (IV-act. 99). Dr.



St.Galler Gerichte

med. I.____, Innere Medizin FMH, schätzte im Arztbericht vom 10. April 2013 die Arbeitsunfähigkeit auf 100%. Er erachtete lediglich eine Arbeit im geschützten Umfeld ohne Zeit- und Leistungsdruck im Umfang von initial ein bis zwei Stunden pro Tag als möglich (IV-act. 105-1 bis 5).

A.i In der Stellungnahme vom 24. Juni 2013 erklärte RAD-Arzt Dr. med. J.____, dass die ursprüngliche Beurteilung durch den Facharzt Dr. C.____ korrekt gewesen sei. Spätestens ab Juni 2012 könne jedoch keine psychische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr angenommen werden. Er erachtete die Versicherte nach kurzer Angewöhnungszeit in jeder ihr bildungsgemäss zumutbaren Tätigkeit als voll arbeitsfähig (IV-act. 115).

A.j Mit Vorbescheid vom 6. August 2013 wurde der Versicherten die Aufhebung der Rente auf Ende des nach Zustellung der Verfügung folgenden Monats mitgeteilt. Begründet wurde dies mit dem verbesserten Gesundheitszustand. So liege keine Depression, sondern nur noch eine Dysthymie vor, welche jedoch keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermöge (IV-act. 117).

A.k Mit Eingabe vom 16. und Ergänzung vom 30. September 2013 erhob die Rechtsvertreterin der Versicherten, Rechtsanwältin Evelyne Angehrn, M.A. in Law, St. Gallen, Einwand gegen den Vorbescheid (IV-act. 123, 126). Angeführt wurde, dass die Versicherte im August 2013 erneut im Kantonsspital St. Gallen hospitalisiert gewesen sei und eine weitere Behandlung in der Klinik Za.____ abgeklärt werde. Zum Nachweis der andauernden depressiven Störung wurden vorgelegt der Arztbericht vom 19. August 2013 von Dr. med. K.____, Klinik für Neurologie, Kantonsspital St. Gallen (IV-act. 123-9 f.) sowie der Arztbericht vom 23. September 2013 von Dr. H.____ (IV-act. 126-4).

A.l In der Stellungnahme vom 10. Dezember 2013 erklärte die RAD Ärztin Dr. med. L.____, dass die Arztberichte des Kantonsspitals St. Gallen vom 25. Oktober 2013 von Dr. med. M.____, Facharzt für Neurologie, Oberarzt, und vom 4. November 2013 von Dr. med. N.____ und Prof. Dr. O.____, Facharzt für Neurologie und leitender Arzt, keine neuen Erkenntnisse lieferten (IV-act. 129 f.). Zum empfohlenen stationären Aufenthalt in einer psychosomatisch orientierten Klinik erklärte die RAD-Ärztin, dass die Versicherte dies



bereits anlässlich der Begutachtung durch med. pract. G.____ am 2./3. März 2013 abgelehnt habe.

A.m Mit Verfügung vom 12. Dezember 2013 hob die IV-Stelle die Rente auf Ende des folgenden Monats auf und entzog einer allfälligen Beschwerde gegen die Verfügung die aufschiebende Wirkung (IV-act. 131).

B.

B.a Die Versicherte liess am 29. Januar 2014 durch ihre Rechtsvertreterin Beschwerde erheben (act. G 1). Folgende Rechtsbegehren wurden gestellt: 1. Es sei die Verfügung der IV-Stelle vom 12. Dezember 2013 aufzuheben und es sei der Beschwerdeführerin weiterhin eine ganze Rente zu gewähren; 2. Eventualiter sei die Verfügung der IV-Stelle vom 12. Dezember 2013 aufzuheben und es sei die IV-Stelle anzuweisen, den Gesundheitszustand umfassend abzuklären und gestützt auf diese Abklärungen neu zu entscheiden; 3. Es sei der Beschwerde die aufschiebende Wirkung zu erteilen. 4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Im Weiteren wurde die unentgeltliche Rechtspflege- und Rechtsverteidigung beantragt (act. G 1.2). Zur Begründung wurde insbesondere angeführt, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprechung im Jahr 2009 nicht verbessert habe, was durch verschiedene Arztberichte belegt sei.

B.b Mit Schreiben vom 31. Januar 2014 bewilligte die Verfahrensleitung das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und unentgeltliche Rechtsverteidigung (act. G 3).

B.c In der Beschwerdeergänzung vom 22. Mai 2014 (act. G 8) legte die Beschwerdeführerin den Bericht der Rehaklinik P.____ vom 28. Februar 2014 von Dr. med. Q.____, Chefarzt, und Dr. med. R.____, leitender Arzt, Facharzt für Neurologie FMH (act. G 8.1), den Arztbericht vom 8. Mai 2014 von Dr. med. S.____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH (act. G 8.2), und den Arztbericht vom 20. Mai 2014 von der Fachärztin Dr. H.____ und von T.____ Psychologe, ins Recht (act. G 8.3).

B.d In der Beschwerdeantwort vom 4. August 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 12). Zur Begründung wurde insbesondere angeführt, dass die Beschwerdeführerin für eine



St.Galler Gerichte

leidensangepasste Tätigkeit voll arbeitsfähig sei, denn die geltend gemachten Beeinträchtigungen seien mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar.

B.e In der Replik vom 29. September 2014 hielt die Beschwerdeführerin unverändert an ihren Rechtsbegehren fest (act. G 17). Zum Beweis der fortdauernden Behandlungsbedürftigkeit und vollen Arbeitsunfähigkeit wurde der Arztbericht vom 23. September 2014 von Dr. E.____, Chefarzt der Klinik X.____, eingereicht (act. G 17.1).

B.f In der Duplik vom 3. November 2014 hielt die Beschwerdegegnerin unverändert an ihren Anträgen gemäss Beschwerdeantwort vom 4. August 2014 fest (act. G 19).

B.g Mit Eingabe vom 3. Juli 2015 teilte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin mit, dass auf Anordnung des Amtsarztes Dr. med. Aa.____, die Beschwerdeführerin am 9. Juni 2015 wegen einer psychischen Störung und Selbstgefährdung fürsorgerisch untergebracht worden sei (act. G 21, G 21.1).

B.h Mit Präsidialentscheid vom 10. September 2015 wurde das Gesuch der Beschwerdeführerin um Wiedererstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde abgewiesen (act. G 26).

B.i Mit Beschluss vom 14. September 2015 verfügte die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) Z.____ die Verlängerung der fürsorgerischen Unterbringung der Beschwerdeführerin in der Klinik St. Pirminsberg in Pfäfers (act. G 27.1, G 29, G 29.1).

B.j Mit Eingabe vom 21. Oktober 2015 reichte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin den Arztbericht vom 8. Oktober 2015 von med. pract. Ba.____, Oberarzt, und med. pract. Ca.____, leitender Arzt, Klinik St. Pirminsberg, ein (act. G 30, G 30.1). Die Fachärzte diagnostizierten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, eine posttraumatische Belastungsstörung, kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen und eine Hypothyreose, nicht näher bezeichnet. Sie gingen von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit seit mindestens zwei Jahren aus. Selbst bei einer gewissen Besserung durch die Behandlung, müsse von einer fortbestehenden Arbeitsunfähigkeit für die nächsten Jahre ausgegangen werden.



St.Galler Gerichte

B.k Am 21. Oktober 2015 reichte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin bei der IV-Stelle einen vorsorglichen Antrag auf eine ganze Invalidenrente ein (act. G 30.2).

B.l Mit Eingabe vom 11. November 2015 nahm die Beschwerdegegnerin Stellung zum vorsorglichen Antrag der Beschwerdeführerin vom 21. Oktober 2015 sowie zum Arztbericht vom 8. Oktober 2015. Sie stufte die ärztlichen Befunde für das vorliegende Verfahren als nicht relevant ein. Zudem seien die Ausführungen der Fachärzte nicht überzeugend bzw. nicht geeignet das Gutachten von med. pract. G.____ vom 21. Mai 2013 zu entkräften (act. G 32).

B.m Mit Eingabe vom 21. Juni 2016 reichte die Beschwerdegegnerin neue Untersuchungsberichte ein, welche wegen des neuen Leistungsgesuches vom 21. Oktober 2015 eingeholt worden seien (act. G 34). Die Eingabe umfasst das psychiatrische Teil-Gutachten vom 14. Juni 2016 von Dr. med. Da.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, den neurologischen Bericht vom 2. Juni 2016 von Dr. phil. Ea.____, Psychologe, sowie die beiden Arztberichte vom 7. April 2015 von med. pract. Fa.____ und med. pract. Ca.____ sowie von med. pract. Ba.____, Klinik St. Pirminsberg (act. G 34.1, G 34.2).

B.n Mit Eingabe vom 30. August 2016 nahm die Beschwerdeführerin Stellung zur Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 21. Juni 2016 (act. G 36). Beigelegt war der ärztliche Bericht von Dr. med. Ga.____, Oberarzt, Psychiatriezentrum Ha.____, vom 19. August 2016 (act. G 36.1).

B.o Mit Entscheid vom 30. November 2016 (IV 2014/60) hiess das Versicherungsgericht die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 12. Dezember 2013 gut. Eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes sei nicht im erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Mangels Vorliegen eines Revisionsgrundes sei die Rente zu Unrecht aufgehoben worden.

C.

C.a Die Beschwerdegegnerin focht den Entscheid des Versicherungsgerichts beim Bundesgericht an und verlangte dessen Aufhebung.



C.b Mit Urteil vom 15. Mai 2017 (8C_95/2017) hiess das Bundesgericht die Beschwerde teilweise gut, hob den Entscheid des Versicherungsgerichts vom 30. November 2016 auf und wies die Sache zur Neuentscheidung zurück. Gerügt wurde insbesondere, dass bei unklarer Aktenlage aufgrund widersprüchlicher Gutachten nicht das Gutachten aus dem Jahr 2011 von Dr. E.____ als alleinige Entscheidungsgrundlage hätte herangezogen werden dürfen, sondern das Versicherungsgericht gehalten gewesen wäre, ein psychiatrisches Gerichtsgutachten einzuholen (E. 4.2). Im Weiteren wurde ausgeführt, dass für die richterliche Beurteilung eines Falles grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Erlasses der angefochtenen Verwaltungsverfügung massgebend seien. Tatsachen, die sich erst später verwirklicht hätten, seien jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stünden und geeignet seien, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (E. 5.1). Das von der IV-Stelle in Auftrag gegebene psychiatrische Gutachten von Dr. Da.____ vom 14. Juni 2016 und die neuropsychologische Beurteilung von Dr. phil. Ea.____ vom 2. Juni 2016 hätten - in freier Beweiswürdigung - in die Entscheidungsfindung einbezogen werden müssen, da diese auch den Gesundheitszustand zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses betreffen würden. Die beiden Expertisen sowie das Gutachten von med. pract. G.____ seien daher vom Versicherungsgericht auf ihre Verwertbarkeit im Licht des EMGR-Urteils Vukota-Bojic gegen die Schweiz (61838/10) vom 18. Oktober 2016 sowie in Hinblick darauf zu prüfen, ob damit den Anforderungen gemäss BGE 141 V 281 genügt werde. Im Weiteren sei zu entscheiden, ob eine medizinisch begründbare Selbstlimitierung im Sinne von Ausschlussgründen gemäss BGE 141 V 281 E. 2.2 vorliege.

C.c Zur Umsetzung dieser bundesgerichtlichen Auflagen eröffnete das Versicherungsgericht am 30. Mai 2017 ein neues Verfahren (IV 2017/215), welches vorliegend zu entscheiden ist.

C.d Mit Eingabe vom 29. September 2017 liess die Beschwerdeführerin den Zirkularbeschluss der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde Z.____ einreichen (act. G II 1). Gemäss diesem Beschluss wurde eine Vertretungsbeistandschaft in den Bereichen Wohnen, soziales Wohl, Administration sowie Einkommens- und Vermögensverwaltung eingerichtet, denn die Beschwerdeführerin sei aufgrund ihrer psychischen Erkrankung nicht in der Lage, ihre erforderlichen Angelegenheiten selbst



zu erledigen und die Unterstützung durch Familienangehörige könne nicht im erforderlichen Ausmass erbracht bzw. gewährleistet werden (act. G II 1.1).

Erwägungen

1.

1.1 Streitgegenstand bildet die Frage der Zulässigkeit der revisionsweisen Renteneinstellung per Ende Januar 2014 (IV-act. 131). Strittig ist dabei insbesondere, ob sich der Gesundheitszustand und damit der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache verändert haben. Folglich ist anhand des im Verfügungszeitpunkt aktuellen Sachverhalts unter Beachtung der bundesgerichtlichen Vorgaben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. Mai 2017, 8C_95/2017, E. 5.4) eine Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

2.

2.1

2.1.1 Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.1.2 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG).



2.1.3 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) besteht 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.

2.1.4 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/aa). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 80 E. 5b/bb-cc; 134 V 322 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts vom 17. Juli 2009, 9C_368/2009, E. 2.1; zum Ganzen auch Urteil des Bundesgerichts vom 23. Dezember 2014, 9C_630/2014, E. 2.1 mit weiteren Verweisen).

2.2

2.2.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer rentenbeziehenden Person erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes revidierbar (BGE 134 V 131 E. 3, BGE 130 V 343 E. 3.5, vgl. Art. 87 Abs. 1 und 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Dagegen stellt die unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im



Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Februar 2012, 9C_932/2011, E. 2.4).

2.2.2 Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch die Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied zum früheren Zustand wiedergibt. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts - bezieht. (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts vom 25. Juli 2013, 8C_441/2012, E. 6.1.2, und vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 4.2).

2.2.3 Die Frage, ob eine erhebliche, d.h. mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirksame Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, beurteilt sich folglich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung vorlag, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5.4).

2.3 Vorliegend ist somit der Sachverhalt im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 20. August 2009 mit demjenigen im Zeitpunkt der streitigen Revisionsverfügung vom 12. Dezember 2013 im Sinne der bereits erwähnten bundesgerichtlichen Vorgaben zu vergleichen.

3.

3.1 Der Rentenzusprechung ab 1. September 2008 mit Verfügung vom 20. August 2009 (IV-act. 39) basierend auf einem Einkommensvergleich (vgl. IV-act. 29 f.) lagen



nebst den Berichten der Klinik Y.____ vom 24. Januar 2008 (IV-act 21), des Spitals W.____ vom 2. November 2007 (act. G 12.2-8 f.) und des Psychiatriezentrums W.____ vom 1. Oktober 2007, 13. November 2007 und 17. Januar 2008 (IV-act. 23 bis 25) die Berichte des Facharztes für Psychologie und Psychotherapie Dr. C.____ vom 7. August und 12. November 2008 zugrunde (IV-act. 17, 26). Im Bericht vom 7. August 2008 diagnostizierte Dr. C.____ eine schwere posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) nach fristloser Kündigung der langjährigen Arbeitsstelle im September 2007 sowie eine schwere chronische depressive Phase (ICD-10: F33.2). Er ging von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus. Die RAD-Ärztin Dr. F.____ bestätigte in der Stellungnahme vom 6. Februar 2009 sowohl die gestellten Diagnosen als auch die Einschätzung der vollen Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten (IV-act. 28). In der Stellungnahme vom 24. Juni 2013 erklärte RAD-Arzt Dr. J.____, dass die Beurteilung durch Dr. C.____ vom 7. August 2008 nicht falsch gewesen sei (IV-act. 115).

3.2 Obwohl die Rentenzusprache insbesondere basierend auf den Berichten des behandelnden Arztes Dr. C.____ erfolgte und kein Gutachten durch die Beschwerdegegnerin eingeholt wurde, ist die Beurteilung der materiellen Anspruchsvoraussetzungen vertretbar. Die Rentenzusprache erfolgte deshalb rechtmässig. Daher kommt vorliegend eine Rentenaufhebung nur gestützt auf Art. 17 Abs. 1 ATSG zufolge einer Verbesserung des Gesundheitszustandes in Frage (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. Oktober 2010, 9C_587/2010, E. 3.3.1; BGE 125 V 383 E. 3).

4.

Im Rahmen der im März 2011 eingeleiteten Rentenrevision wurden von der Beschwerdegegnerin verschiedene Arztberichte und ein Gutachten eingeholt.

4.1 Im Verlaufsbericht vom 14. März 2011 erklärte Dr. C.____, dass bei der Beschwerdeführerin ein labiler Verlauf mit schweren depressiven Einbrüchen mit Suizidalität vorliege. Sie sei nicht zugänglich und „normale“ Gespräche seien kaum möglich. Zur Bewältigung des Alltages benötige sie Psychotherapien sowie Medikamente. Er ging von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit mit schlechter Prognose aus (IV-act. 43). Im ergänzenden Bericht vom 13. Juli 2011 erklärte der Dr. C.____, dass



ein labiler Verlauf mit schweren depressiven Einbrüchen vorliege. Es gebe oft suizidale Absichten. Durch die Depression habe sich auch eine Essstörung entwickelt (IV-act. 46).

4.2 Im Verlaufsbericht vom 6. August 2011 diagnostizierte Dr. D.____ insbesondere eine Angst- und Panikkrankheit mit depressiver Verstimmung, ein chronisches Schmerzsyndrom der Wirbelsäule und ein Colon irritabile, wobei die psychischen Beschwerden mit Ängsten, Panik und Depression im Vordergrund ständen. Die körperlichen Beschwerden seien hauptsächlich Ausdruck der psychischen Problematik. Der Arzt ging von einer chronifizierten Situation mit schlechter Prognose aus (IV-act. 47).

4.3 In der Stellungnahme vom 20. September 2011 erklärte die RAD-Ärztin Dr. F.____, dass es keine Hinweise auf ein suboptimales Leistungsverhalten bzw. auf relevante Inkonsistenzen gebe (IV-act. 48).

4.4 Am 7. November 2011 untersuchte und begutachtete der Psychiater Dr. E.____ im Auftrag der Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin. Im Gutachten vom 17. November 2011 (IV-act. 52) stellte der Facharzt die Diagnosen schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2), Verdacht auf andauernde Persönlichkeitsänderung im Rahmen der anhaltenden schweren depressiven Symptomatik (ICD-10: F62.1), DD: anhaltende Akzentuierung der emotional-instabilen Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1). Der Gutachter erklärte, dass bei der Beschwerdeführerin gravierende Einschränkungen der psychokognitiven Funktionen objektiv feststellbar seien. Sie brauche (unbewusst) ihre Opferrolle als Schutz vor unerträglichen Scham- und Schuldgefühlen, was sie gesprächstherapeutisch kaum zugänglich mache, sodass auch intensivere therapeutische Massnahmen inklusive stationärer Behandlung keine nachhaltige Stabilisierung ihres psychischen Zustandes und damit verbunden der Arbeitsfähigkeit bringen würden. Die Lebensqualität lasse sich unter regelmässigen ambulanten therapeutischen Massnahmen auf niedrigem Niveau stabilisieren. Aufgrund der Einschränkungen des Konzentrationsvermögens, des Gedankenflusses, der psychischen Belastbarkeit und geistigen Flexibilität, der Antriebsstörungen und Störungen der Psychomotorik ging der Gutachter von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen sowie anderen adaptierten Tätigkeiten



aus. Lediglich im geschützten Rahmen sei eine vierstündige Arbeit möglich. Eine vollständige oder Teilremission der depressiven Störung sei in der näheren Zukunft nicht zu erwarten, weshalb nicht mit der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit selbst unter intensiveren therapeutischen Massnahmen gerechnet werden könne. Im Weiteren erklärte der Gutachter, dass sich seine Einschätzung zur Diagnose und Arbeitsfähigkeit absolut mit derjenigen von Dr. C.____ decke.

4.5 In der Stellungnahme vom 13. Februar 2012 beurteilte die RAD-Ärztin Dr. F.____ das Gutachten von Dr. E.____ als umfassend, kohärent und schlüssig sowie medizinisch nachvollziehbar, weshalb darauf abgestellt werden könne (IV-act. 53).

4.6 Festzuhalten ist, dass sowohl Dr. C.____ in seinen Arztberichten als auch Dr. E.____ im IV-Gutachten nachvollziehbar und überzeugend darlegt haben, dass zum Zeitpunkt der Berichterstattungen die Beschwerdeführerin an einer schweren depressiven Erkrankung litt und deswegen zu 100% arbeitsunfähig war.

5.

Die Beschwerdegegnerin erteilte trotz dieser fachärztlichen Einschätzungen am 30. April 2012 den Auftrag zur Überwachung der Beschwerdeführerin an die Ia.____ GmbH, (IV-act. 54, 57 f.). Der Überwachungsbericht stammt vom 28. Juni 2012 (IV-act. 62).

5.1 Gemäss dem Überwachungsbericht wurde die Beschwerdeführerin im Zeitraum vom 3. Mai bis 21. Juni 2012 observiert (IV-act. 62). Sie hielt sich an den Observationstagen entweder zu Hause auf bzw. verliess das Haus nicht (3. und 7. Mai 2012) oder war zu Fuss oder mit dem städtischen Bus unterwegs und erledigte Einkäufe. So kaufte sie am 9. Mai 2012 alleine Lebensmittel im Quartierladen ein. Am 10. Mai 2012 fuhr sie mit dem städtischen Bus ins Stadtzentrum, um dort in den Apotheken Amavita und Löwen, im Denner Top Discount sowie im McDonald-Restaurant (Take-away) Einkäufe zu tätigen. Am 21. Juni 2012 wurde die alleinerziehende Beschwerdeführerin observiert, als sie sich in Begleitung einer Frau und eines Kindes zum Ort des traditionellen St. Galler Kinderfestes begab und dort ihre beiden schulpflichtigen Söhne traf. Auf dem Festgelände hielt sie sich teils alleine und teils in Begleitung ihrer Söhne auf. Zudem hatte sie Kontakt zu drei ihr offenbar



bekannten Frauen mit ihren Kindern. Nach Verlassen des Anlasses kehrte sie direkt wieder nach Hause zurück. Mit Bericht vom 10. Juli 2012 nahm der RAD-Arzt Dr. J.____ Stellung zum Observationsbericht (IV-act 63). Für diesen zeigte die Beschwerdeführerin am Kinderfest vom 21. Juni 2012 ein genügend hohes Aktivitätsniveau für eine zuverlässige Einschätzung. Die Beschwerdeführerin habe am Kinderfest nicht wie erwartet einen dysphorischen, missgestimmten, schwer depressiven und inaktiven Eindruck gemacht, sondern sei durchwegs fröhlich, aufgestellt und selbstvergessen gewesen, weshalb nicht vom Vorliegen einer schweren Depression auszugehen sei. Dr. J.____ empfahl, med. pract. G.____ mit einer weiteren Begutachtung der Beschwerdeführerin zu beauftragen. In Nachachtung dieser Empfehlung beauftragte die Beschwerdegegnerin med. pract. G.____ mit der Begutachtung der Beschwerdeführerin, welche am 2. und 3. Mai 2013 stattfand. Das Gutachten, welches unter Berücksichtigung des Observationsmaterials erstellt worden war, stammt vom 21. Mai 2013 (IV-act. 113).

5.2 Im Urteil vom 15. Mai 2017, 8C_95/2017, E. 3 wies das Bundesgericht das Versicherungsgericht an, die Verwertbarkeit der von der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten im Licht des EMGR-Urteils Vukota-Bojic gegen die Schweiz (61838/10) vom 18. Oktober 2016 zu prüfen. Zur Verwertbarkeit von Observationsergebnissen führte das Bundesgericht im Urteil vom 9. November 2017, 9C_328/2017, E. 4.1 aus, dass es im Bereich der Invalidenversicherung an einer ausreichenden gesetzlichen Grundlage fehle, welche die Observation klar und detailliert regle, weshalb solche Handlungen Art. 8 EMRK bzw. den einen im Wesentlichen gleichen Gehalt aufweisenden Art. 13 BV verletzen würden. Zur Verwertbarkeit des im Rahmen der widerrechtlichen Observation gewonnenen Materials erklärte das Bundesgericht, dass sich diese allein nach schweizerischem Recht richte. Die Verwertbarkeit der Observationsergebnisse (und damit auch der gestützt darauf ergangenen weiteren Beweise) sei grundsätzlich zulässig, es sei denn, bei einer Abwägung der tangierten öffentlichen und privaten Interessen würden diese überwiegen. Eine gegen Art. 8 EMRK verstossende Videoaufnahme sei verwertbar, solange Handlungen des "Beschuldigten" aufgezeichnet würden, die er aus eigenem Antrieb und ohne äussere Beeinflussung gemacht habe, und ihm keine Falle gestellt worden sei. Von einem absoluten Verwertungsverbot sei zumindest dann auszugehen,



wenn es um Beweismaterial gehe, das im nicht öffentlichen frei einsehbaren Raum zusammengetragen worden sei (E. 4.2).

5.3 Gestützt auf die in Erwägung 5.2 dargelegte höchstrichterliche Rechtsprechung ist festzustellen, dass die im Mai bis Juni 2012 durchgeführte Observation der Beschwerdeführerin unzulässig war, das heisst in Verletzung von Art. 8 EMRK bzw. Art. 13 BV erfolgt ist. Zu prüfen bleibt jedoch, ob die Voraussetzungen für eine beweismässige Verwertung der Ergebnisse erfüllt sind. Das Videomaterial ist, da es die Beschwerdeführerin ausschliesslich im öffentlichen Raum zeigt, verwertbar und durfte folglich der Gutachterin zur Verfügung gestellt und von ihr auch im Gutachten gewürdigt werden. Daran vermag auch nichts zu ändern, dass nach vier Observationstagen (3., 7., 9. und 10. Mai 2012), an denen kein die psychischen Leiden widerlegendes Verhalten hatte beobachtet werden können, sechs Wochen später ein fünfter Observationstermin gezielt auf den Tag des nur alle drei Jahre stattfindenden städtischen Kinderfests gelegt wurde, obwohl das Kinderfest ein "Pflichttermin" für Eltern schulpflichtiger Kinder ist und dieser Tag folglich auch nicht den Alltag der Beschwerdeführerin zu repräsentieren vermag.

6.

Nachfolgend ist das Gutachten von med. pract. G.____ vom 21. Mai 2013 (IV-act. 113) unter Beachtung der bundesgerichtlichen Vorgaben auf dessen Beweiswert hin zu prüfen.

6.1 Mit BGE 141 V 281 wurden die Voraussetzungen, unter denen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen (ICD-10: F45.4) und vergleichbare psychosomatische Leiden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermögen, teilweise geändert, mit der Absicht, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits zu beurteilen (BGE 141 V 281 E. 3.6). Gemäss der jüngsten höchstrichterlichen Rechtsprechung sind das strukturierte Beweisverfahren und die indikatorenorientierte Prüfung auch auf Depressionen anwendbar (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C_841/2016 und 8C_130/2017). So ist neu bei leichten bis mittelschweren depressiven Störungen,



wie bei jeder geltend gemachten gesundheitsbedingten Erwerbsunfähigkeit, im Einzelfall (einzig) danach zu fragen, ob und wie sich die Krankheit leistungslimitierend auswirkt, wobei eine leistungs-, insbesondere rentenbegründende Invalidität jedenfalls eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose voraussetzt (BGE 141 V 281, E. 2). Entscheidend sei - unabhängig von der diagnostischen Einordnung eines Leidens -, ob es gelinge, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen habe (BGE 141 V 281, E. 3.7.2; 8C_841/2016, E. 4.5.2). Entscheidend sei daher nicht die Schwere einer Erkrankung, sondern seien die funktionellen Auswirkungen einer Störung bzw. deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, zumal sie in beruflicher Hinsicht unterschiedliche Folgen haben könne (8C_130/2017, E. 5.2.2). Bei dieser Folgenabschätzung stehe die Diagnose nicht mehr im Zentrum, sondern sie sei Ausgangspunkt zur Beurteilung der Frage, ob ein Gesundheitsschaden im Sinne der klassifizierenden Merkmale überhaupt vorliege. Die ärztliche Arbeitsunfähigkeitsschätzung könne, zumindest ohne einlässliche Befassung mit den spezifischen normativen Vorgaben und ohne entsprechende Begründung, den rechtlich geforderten Beweis des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 Abs. 2 ATSG) nicht erbringen, weil sie weitgehend vom Ermessen des medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen abhängt (fehlende Reliabilität in der ärztlichen Folgenabschätzung; vgl. BGE 141 V 281 E. 5.1 f.). Sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung hätten sich bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren; die Gutachter im Idealfall gemäss den entsprechend formulierten Fragestellungen (BGE 141 V 281 E. 5.2; 8C_130/2017, E. 6). Da psychische Leiden wie auch somatoforme/funktionelle Störungen wegen ihres Mangels an objektivierbarem Substrat dem direkten Beweis einer anspruchsbegründenden Arbeitsunfähigkeit nicht zugänglich seien, sei dieser Beweis indirekt mittels Indikatoren zu führen. Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren legte das Bundesgericht im BGE 141 V 281, E. 4.1.3, 4.3 und 4.4 fest. Je nach Krankheitsbild bedürfe es allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren (vgl. 8C_841/2016). Aus Gründen der Verhältnismässigkeit könne dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet sei. Die Frage der



Notwendigkeit in diesem Sinne beurteile sich nach dem konkreten Beweisbedarf (vgl. 8C_841/2016, E. 4.5.3; 8C_130/2017, E. 7.1).

6.2 Med. pract. G.____ diagnostizierte im Gutachten vom 21. Mai 2013 (IV-act. 113) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis allenfalls zeitweise mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.0/F33.1) im Sinne einer deutlichen Teilremission einer früher festgestellten schweren depressiven Episode, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen und emotional instabilen Anteilen (ICD-10: Z73.1). Die Arbeitsunfähigkeit schätzte sie auf höchstens 30 bis 40% spätestens ab Gutachtertermin vermutlich jedoch schon seit November 2011. Geeignet seien Tätigkeiten, die keine hohen Anforderungen an die Stress- und Frustrationstoleranz und keine hohen Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit stellen würden.

6.2.1 Dass aktuell keine schwere depressive Episode mehr vorliege, würden die zahlreichen Aktivitäten der Beschwerdeführerin (Ferien im Ausland, Coiffeur-Besuche und Besuch von sozialen Ereignissen) belegen. Als Indiz für die guten kognitiven Fähigkeiten nannte die Fachärztin den Besitz und Gebrauch eines Touch-screen-Handys. Dass sich die Beschwerdeführerin am Nachmittag des ersten Untersuchungstages bei der IV-Stelle über ihr Verhalten beschwert hatte, wertete die Gutachterin als ein Indiz, dass keine vollständige Hilflosigkeit bestehe. Das Observationsmaterial zeige verschiedene soziale Aktivitäten. Diese passten nicht zu dem zu erwartenden Verhalten im Rahmen einer schweren depressiven Episode bzw. entsprächen nicht dem vom behandelnden Psychiater beschriebenen sehr niedrigen Aktivitätsniveau. Anhand des Observationsmaterials lasse sich das Vorliegen einer schweren depressiven Symptomatik nicht mehr bestätigen.

6.2.2 Zur diagnostischen Einschätzung von Dr. E.____ im psychiatrischen Gutachten vom 17. November 2011 führte med. pract. G.____ aus, dass sich eine schwere depressive Episode vor dem Hintergrund des beschriebenen psychischen Befunds nicht ganz nachvollziehen lasse (IV-act. 113-23) bzw. nicht nachvollziehen lasse (IV-act. 113-29). Zur Verdachtsdiagnose einer anhaltenden Persönlichkeitsänderung bzw. einer anhaltenden Akzentuierung der emotional-instabilen Persönlichkeitszüge erklärte sie, dass die erforderlichen Kriterien nach ICD-10: F62 nicht erfüllt seien. Zum Beleg



verwies sie auf verschiedene im Rahmen der Observation beobachtete soziale Aktivitäten, die nicht einem bei der Beschwerdeführerin zu erwartenden Verhalten im Rahmen einer schweren depressiven Episode passen bzw. nicht dem vom Psychiater beschriebenen sehr niedrigen Aktivitätsniveau entsprechen würden. Anhand des zur Verfügung gestellten Observationsmaterials lasse sich die schwere depressive Symptomatik nicht mehr bestätigen (IV-act. 113-23/29 f.).

6.2.3 Zur Konsistenz des Verhaltens der Beschwerdeführerin bzw. zum Vorliegen einer Aggravation führte die Fachärztin aus, dass bei ihr aufgrund des Verhaltens der Beschwerdeführerin der Eindruck des Kontrollbedürfnisses und der mangelnden Kooperation entstanden sei. So habe die Beschwerdeführerin die gestellten Fragen zur sozialen Anamnese meist nur kurz und/oder vage beantwortet. Während der Untersuchung habe sie keine Anzeichen in Mimik, Gestik oder Verhalten beobachten können, welche auf eine aktuelle Schmerzsymptomatik hingedeutet hätten. Die Gutachterin beschrieb die Beschwerdeführerin einerseits als vital und energisch und andererseits als misstrauisch und punktuell etwas gereizt. Der Antrieb und die Psychomotorik seien über weite Strecken unauffällig, punktuell jedoch etwas angespannt gewesen. Müdigkeit oder rasche Erschöpfung habe sie nicht beobachten können. Med. pract. G.____ stufte daher die Beschwerdeschilderungen als inkonsistent und widersprüchlich ein.

6.3 Zum Gutachten von med. pract. G.____ ist in formeller Hinsicht festzustellen, dass dieses korrekt strukturiert ist und die wesentlichen Aspekte wie Aufführung der Aktenlage, Anamnese, Befund, Diagnose und Arbeitsfähigkeitseinschätzung beinhaltet. Kritisch zu sehen ist, dass bezüglich der Aussagen der Beschwerdeführerin nicht ersichtlich ist, wann bzw. in welchem Zusammenhang eine Aussage gemacht wurde, musste doch die Untersuchung am ersten Tag wegen eines Konfliktes bzw. wegen geltend gemachter fehlender Kooperation abgebrochen und am nächsten Tag fortgesetzt werden. Im Weiteren ist festzustellen, dass im Gutachten zwar die Arztberichte und das IV-Gutachten von Dr. E.____, nicht jedoch die verschiedenen Stellungnahmen der RAD-Ärzte gewürdigt wurden. Zudem enthält das Gutachten keine Fremdanamnese, obwohl die Gutachterin kritisierte, dass die Beschwerdeführerin die Fragen zur sozialen Anamnese nur kurz und vage beantwortet hatte. Gemäss Bundesgericht vermag jedoch vorliegend die fehlende Fremdanamnese und die



fehlende Würdigung der RAD-Stellungnahmen den Beweiswert des Gutachtens nicht entscheidend einzuschränken (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. Mai 2017, 8C_95/2017, E. 5.4.2).

6.4 Die von der Gutachterin genannten Indizien für das Nichtvorliegen einer Depression im bisherigen Ausmass wie die Ferien im Ausland, die Coiffeur-Besuche und der Besuch von sozialen Ereignissen vermögen alleinig nicht zu überzeugen, denn es handelt sich bei den genannten Anlässen um einmalige bzw. seltene Ereignisse, welche weder typisch noch prägend sind für den Alltag der Beschwerdeführerin. So besucht die Beschwerdeführerin den Coiffeur lediglich ein- bis zweimal pro Jahr, die genannten Ferien beschränkten sich einmalig auf eine Woche geschenkte Ferien in Kroatien, wobei sie dort gesundheitsbedingt zweimal das Spital aufsuchte. Die gesellschaftlichen Aktivitäten machen nur wenige Anlässe pro Jahr aus und umfassen lediglich "Pflicht-Termine" wie die Elternabende an der Schule, das städtische Kinderfest und einen Familienanlass. Nicht wirklich überzeugend ist, dass eine Depression ausgeschlossen werden kann, wenn eine alleinerziehende Mutter ohne Begleitung Lebensmittel im Quartierladen einkauft und die Einkaufstasche selber trägt. Der (kurze) Gebrauch eines Touch-screen-Handys zum Telefonieren ist gleichfalls kein Indiz für das Nichtvorliegen einer depressiven Störung bzw. einer Arbeitsunfähigkeit. Med. pract. G.____ ging (auch) aufgrund der von der Psychiaterin Dr. H.____ durchgeführten Behandlung und des Medikamentenspiegels eher von leichten bis allenfalls mittelgradig depressiven Episoden aus, obwohl gemäss fachärztlicher Literatur darauf geachtet werden muss, dass Patienten nicht fälschlicherweise der Non-Compliance beschuldigt werden, denn die Plasmakonzentration der Antidepressiva könne zwischen einzelnen Patienten erheblich variieren (vgl. EDITH-HOLSBOER-TRACHSLER ET. AL, Die Akutbehandlung depressiver Episoden, Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen: Update 2016, Teil 1, Richtlinien, Swiss Medical Forum 2016, 16(35), S. 716-724; abrufbar unter: www.sgad.ch/wordpress/wp-content/uploads/2016/08/Die-Akutbehandlung-depressiver-Episoden_20160831.pdf).

6.5 Gestützt auf die Erklärung von med. pract. G.____, dass während der aktuellen Untersuchungen bei der Explorandin keine Denkverlangsamung, keinerlei Störungen der Aufmerksamkeit oder der Konzentration, keine dissoziativen Phänomene, keine



Antriebsstörungen, keinerlei Erschöpfung, keine Affektstarre sowie keine Hilflosigkeit habe festgestellt werden können, muss trotz der zuvor geäusserten Vorbehalte (vgl. Erwägungen 6.3 und 6.4) in Anbetracht der höchstrichterlichen Aussage: "Weiter legte die Expertin in Bezug auf die verbesserte Arbeitsfähigkeit schlüssig dar, dass kein schweres depressives Geschehen, sondern gegenwärtig eine leichte bis allenfalls zeitweise mittelgradige depressive Episode in Sinne einer deutlichen Teilremission einer früher gestellten schweren depressiven Episode vorliege, die die Arbeitsfähigkeit höchstens um 30 bis 40% einschränke.", davon ausgegangen werden, dass das Gutachten von med. pract. G.____ die Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten auch inhaltlich erfüllt und daher auf die erhobenen Befunde und Diagnosen abzustellen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. Mai 2017, 8C_95/2017, E. 5.4.2). Aus den zuvor genannten Gründen ist auch auf die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit durch med. pract. G.____ abzustellen, obwohl sie diese nicht ausführlich erläuterte (bspw. Bedarf an vermehrten Pausen oder normale Arbeitszeit jedoch mit reduzierter Leistung), jedoch die noch in Frage kommenden Tätigkeiten insofern eingrenzte, als diese keine hohen Anforderungen an die Stress- und Frustrationstoleranz und an die emotionale Belastbarkeit stellen sollten.

6.6 An der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vermag auch die abweichende Beurteilung durch den RAD-Arzt Dr. J.____ vom 24. Juni 2013 (IV-act. 115) nichts zu ändern, zumal diese nicht auf einer persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin beruht und zwischenzeitlich eine höchstrichterliche Rechtsprechungsänderung hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeitsermittlung bei depressiven Leiden erfolgte (vgl. Erwägung 6.2).

6.7 Auch die späteren, abweichenden Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit durch die behandelnden Ärzte vermögen, da diese ohne detaillierte und nachvollziehbare Begründung von einer 100%igen und damit von einer gänzlichen Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten ausgingen, zumindest bezogen auf den Rentenprüfungszeitpunkt vom 12. Dezember 2013 nicht im erforderlichen Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu überzeugen.

7.



Im Folgenden sind die weiteren Arzt-/Klinikberichte, welche nach Erlass der angefochtenen Verfügung erstellt worden sind, auf relevante Erkenntnisse zum Verfügungszeitpunkt hin zu prüfen. Dazu gehören insbesondere das psychiatrische Gutachten von Dr. Da.____ und der neuropsychologische Bericht von Dr. phil. Ea.____ (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. Mai 2017, 8C_95/2017, E. 5.3, 5.4.3) sowie der Klinikbericht vom 8. Oktober 2015 von den Psychiatern med. pract. Ba.____ und med. pract. Ca.____.

7.1

7.1.1 Im Gutachten vom 14. Juni 2016 (act. G 34.1), welches auf einer Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 5. April 2016 beruht, führt Dr. Da.____ aus, dass die Beschwerdeführerin weiterhin in psychiatrischer Behandlung und tagsüber in einer Tagesklinik sei. Sie habe ihren eigenständigen Haushalt aufgegeben und lebe sehr zurückgezogen mit ihren Kindern bei den Eltern. Besucht werde sie von der Spitex morgens um 7:00 Uhr und abends um 17:00 Uhr. Gemäss Dr. Da.____ war die Grundstimmung während der Untersuchung depressiv und die affektive Modulationsfähigkeit eingeschränkt. Es hätten sich ausgeprägte Merkfähigkeitsstörungen gezeigt. Der Facharzt bemängelt, dass die persönliche Geschichte nur teilweise nachvollziehbar zum Ausdruck gebracht worden und die Beschwerdeschilderung überhaupt nicht ausführlich erfolgt sei (act. G 34.1-74 f.). Da es verschiedene Hinweise auf Diskrepanzen und Widersprüche gebe, sei es ihm nicht möglich, eine Diagnose zu stellen. Er wolle damit nicht sagen, dass die Beschwerdeführerin gesund sei. Mit ihrem Verhalten verunmögliche sie aber eine eindeutige diagnostische Einordnung sowie eine zuverlässige Beurteilung der Leistungsfähigkeit (act. G 34.1-79). Zuverlässige Angaben seien erst möglich, wenn die Beschwerdeführerin über ihre Traumatisierungen spreche bzw. sprechen könne (act. G 34.1-84 f./88). Zum Beginn und zeitlichen Verlauf der Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit führte Dr. Da.____ aus, dass zuverlässige Angaben gleichfalls nicht möglich seien.

7.1.2 Festzustellen ist, dass das Gutachten keine relevanten Informationen oder Erkenntnisse weder zur gesundheitlichen Situation noch zur Arbeitsfähigkeit zum



Zeitpunkt der Rentenaufhebungsverfügung enthält (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts vom 30. November 2016, E. 4.2 und 4.3).

7.2

7.2.1 In Ergänzung zum psychiatrischen Gutachten von Dr. Da.____ fand am 2. Juni 2016 eine neuropsychologische Untersuchung der Beschwerdeführerin durch Dr. phil. Ea.____ statt. Gemäss den Ausführungen im Bericht vom 2. Juni 2016 (act. G 34.2) wurden insbesondere die Aufmerksamkeit und die Reaktionszeit getestet (act. G 34.2-4 ff.). Der Psychologe erklärte, dass bei den Validierungstests zahlreiche Auffälligkeiten festgestellt worden seien, die auf ein suboptimales Leistungsverhalten hinwiesen. Aufgrund der Diskrepanzen zwischen den Testleistungen und den bekannten Mustern von Hirnleistungen und Hirnleistungsstörungen sei deshalb mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die erbrachten Leistungen nicht mit dem eigentlichen Leistungspotential übereinstimmten.

7.2.2 Festzustellen ist, dass der Bericht die Frage, inwieweit das in den Reaktionstests festgestellte suboptimale Leistungsverhalten Rückschlüsse auf das Vorliegen bzw. Nichtvorliegen eines depressiven Leidens zulässt, nicht beantwortet. Die durchgeführten Tests dienten primär dem Erkennen von Hirnleistungsstörungen. Soweit aus den Akten ersichtlich, wurden jedoch nie Hirnleistungsstörungen als ursächlich für die Arbeitsunfähigkeit genannt. Zur Einschätzung im Bericht, ob eine psychische Störung (Schizophrenie, Psychose/Halluzinationen, etc.) vorliegt, ist ein Vorbehalt anzubringen, denn bei Dr. Ea.____ handelt es sich um einen Psychologen (Dr. phil.) und nicht um einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Anzumerken ist, dass weder Dr. phil. Ea.____ noch Dr. Da.____ die Aussage der Beschwerdeführerin, es habe sexuelle Übergriffe durch Eltern und den Exmann gegeben und diese Ereignisse gingen ihr immer wieder durch den Kopf, vertieft abgeklärt oder gewürdigt haben. So lassen sich denn auch aus diesem Bericht keine relevanten Informationen oder Erkenntnisse zur gesundheitlichen Situation und Arbeitsfähigkeit - wie sich diese zum Zeitpunkt der Rentenaufhebungsverfügung präsentierte - gewinnen.

7.3



7.3.1 Ab dem 9. Juni 2015 erfolgte wegen einer psychischen Störung und Selbstgefährdung eine fürsorgerische Unterbringung der Beschwerdeführerin (act. G 21, G 21.1). Im September 2015 wurde die Massnahme durch die KESB verlängert (act. G 27.1, G 29, G 29.1). Gemäss dem Klinikbericht vom 8. Oktober 2015 der Fachärzte med. pract. Ba.____ und med. pract. Ca.____ leidet die Beschwerdeführerin insbesondere an einer rezidivierenden depressiven Störung und einer posttraumatischen Belastungsstörung. Gemäss der fachärztlichen Einschätzung besteht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit mindestens zwei Jahren (act. G 30.1).

7.3.2 Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Klinikärzte vermag bezogen auf den Zeitraum der fürsorgerischen Unterbringung und danach zu überzeugen, jedoch nicht hinsichtlich des Zeitpunktes des Erlasses der rentenaufhebenden Verfügung am 12. Dezember 2013, da im Klinikbericht einerseits Erläuterungen zu dieser rückwirkenden Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit um fast zwei Jahre fehlen und andererseits auch keine Differenzierung bzw. Konkretisierung hinsichtlich des Tätigkeitsspektrums - für welche die 100%ige Arbeitsunfähigkeit Geltung beansprucht - erfolgte.

7.4 Festzuhalten ist, dass weder die Berichte von Dr. Da.____ und Dr. phil. Ea.____ noch der Klinikbericht von med. pract. Ba.____ und med. pract. Ca.____ relevante Informationen und Erkenntnisse zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt des Erlasses der strittigen Verfügung enthalten.

8.

8.1 Bei dieser Ausgangslage ist auf die Diagnosen und die Arbeitsunfähigkeitseinschätzung von med. pract. G.____ im Gutachten vom 21. März 2013 abzustellen. Da keine Anhaltspunkte vorliegen, welche das Abstellen auf einen der beiden Maximalwerte (Arbeitsunfähigkeit zwischen 30% und 40%) gebietet, ist es gerechtfertigt, vom Mittelwert auszugehen. Folglich ist bezogen auf den Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung vom 12. Dezember 2013 von einer Arbeitsunfähigkeit von 35% auszugehen. Damit ist im Folgenden der Invaliditätsgrad auf der Basis einer Arbeitsfähigkeit von 65% für eine leidensadaptierte Tätigkeiten zu bemessen.



8.2 Die Beschwerdeführerin erzielte im Jahr 2007 gemäss IK-Auszug ein Einkommen von Fr. 50'612.- (IV-act. 6). Gemäss den Tabellenlöhnen der Lohnstrukturhebung des Bundesamtes für Statistik des Jahres 2006 betrug das durchschnittlich erzielte Einkommen einer Hilfsarbeiterin (TA 1, Sektor Produktion, Frauen, Anforderungsniveau 4) angepasst auf die betriebliche Normalarbeitszeit von 41.7 Stunden pro Woche Fr. 50'878.- (Fr. 4'067.- pro Monat x 12 Monate / 40 Std. pro Woche x 41.7 Std. pro Woche). Angepasst an die Nominallohnentwicklung der Frauen (1.5%; vgl. Bundesamt für Statistik, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976-2016, Tabelle T 39) beträgt das Invalideneinkommen im Jahr 2007 Fr. 51'641.-. Da die Einkommen in etwa übereinstimmen, rechtfertigt es sich, einen Prozentvergleich vorzunehmen.

8.3 Nachfolgend bleibt zu prüfen, ob ein Tabellenlohnabzug gerechtfertigt ist (vgl. Erwägung 2.1.4). Aus dem Gutachten von med. pract. G.____ ergibt sich, dass die an einem depressiven Leiden erkrankte Beschwerdeführerin selbst bei einfachen Tätigkeiten eingeschränkt ist, kommen doch nur solche in Frage, die keine hohen Anforderungen an die Stress- und Frustrationstoleranz sowie an die emotionale Belastbarkeit stellen (vgl. IV-act. 113). Derartige einschränkende Faktoren wirken sich in der Regel lohnsenkend aus. Ein Tabellenlohnabzug von 15% erscheint infolgedessen als angemessen.

8.4 Mittels Prozentvergleich resultiert damit bei einer 65%igen Restarbeitsfähigkeit unter der Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzugs von 15% ein Invaliditätsgrad von 45% ($[1 - \{0.65 \times 0.85\}] \times 100$). Die Beschwerdeführerin hat somit Anspruch auf eine Viertelsrente. Anzumerken ist, dass selbst bei einem Tabellenlohnabzug von 10% der gleiche Rentenanspruch resultieren würde.

8.5 Hinsichtlich des Zeitpunktes der Rentenreduktion von der bisher ausgerichteten ganzen Rente auf neu eine Viertelsrente ist auf den in der Verfügung vom 12. Dezember 2013 genannten Zeitpunkt "auf Ende des folgenden Monats" abzustellen. Folglich hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Viertelsrente ab dem 1. Februar 2014.

9.



St.Galler Gerichte

9.1 Die vom Bundesgericht verlangte bundesrechtskonforme Würdigung führt nach dem Gesagten dazu, dass die im ursprünglichen Verfahren IV 2014/60 erhobene Beschwerde teilweise gutzuheissen ist. Die angefochtene Verfügung vom 12. Dezember 2013 ist aufzuheben und der Beschwerdeführerin eine Viertelsrente ab dem 1. Februar 2014 zuzusprechen. Die Sache ist zur Festsetzung der Rentenleistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

9.2 Das kantonale Beschwerdeverfahren IV 2014/60 war kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.- bis Fr. 1'000.- festzulegen (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- erscheint als angemessen. Dem Ausgang des jetzigen Verfahrens IV 2017/215 entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (vgl. betreffend Überklagung Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. Dezember 2011, IV 2009/459, E. 5.2 f.; Urteil des Bundesgerichts vom 25. Januar 2008, 9C_466/2007, E. 5 mit Hinweisen). Somit hat die Beschwerdegegnerin die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.- zu bezahlen.

9.3 Für das vorliegende Verfahren (IV 2017/215) werden rechtssprechungsgemäss keine Gerichtsgebühren erhoben.

9.4 Bei jetzigem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). Der Bedeutung und dem Aufwand der Streitsache angemessen erscheint eine Parteientschädigung für die beiden Verfahren IV 2014/60 und IV 2017/215 von insgesamt Fr. 4'000.- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Das am 31. Januar 2014 bewilligte Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und unentgeltliche Rechtsverbeiständung ist damit gegenstandslos geworden.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.



In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die im Verfahren IV 2014/60 angefochtene Verfügung vom 12. Dezember 2013 aufgehoben und der Beschwerdeführerin eine Viertelsrente ab dem 1. Februar 2014 zugesprochen. Die Sache wird zur Festsetzung der Rentenleistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat für das kantonale Beschwerdeverfahren IV 2014/60 die Gerichtsgebühr von Fr. 600.- zu bezahlen.

3.

Für das vorliegende Verfahren IV 2017/215 werden keine Gerichtsgebühren erhoben.

4.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung für das kantonale Verfahren IV 2014/60 sowie das vorliegende Verfahren IV 2017/215 von insgesamt Fr. 4'000.- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

5.

Das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung wird zufolge Gegenstandslosigkeit abgeschrieben.