



**Fall-Nr.:** IV 2012/208  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 08.06.2020  
**Entscheiddatum:** 04.11.2014

### **Entscheid Versicherungsgericht, 04.11.2014**

**Art. 28 IVG. Würdigung medizinischer Berichte und eines Gutachtens. Zweifel am Ergebnis des Gutachtens, in welchem eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine Depression mittleren Grades diagnostiziert werden, wobei Letztere nicht als reine Begleiterscheinung gewichtet werden dürfe. Rückweisung zur ergänzenden Abklärung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. November 2014, IV 2012/208).**

Entscheid Versicherungsgericht, 04.11.2014

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichter Ralph Jöhl, a.o.  
Versicherungsrichter Christian Zingg; Gerichtsschreiberin Fides Hautle

#### **Entscheid vom 4. November 2014**

in Sachen

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Simon Kehl, Poststrasse 22, Postfach 118,  
9410 Heiden,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**



betreffend

### IV-Leistungen

#### Sachverhalt:

A.

A.\_\_\_\_, meldete sich am 19./21. Januar 2005 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an und beantragte namentlich Berufsberatung, Umschulung und Arbeitsvermittlung. Sie habe keinen Beruf erlernt, sei 1990 in die Schweiz gekommen und sei seit März jenes Jahres hier erwerbstätig. Sie sei Mutter von drei Kindern (geboren 199\_, 199\_ und 200\_). Seit ca. dem Jahr 2000 leide sie an Arm- und Brustschmerzen und Atemnot. - In der Arbeitgeberbescheinigung vom 14. Februar 2005 (act. 8) wurde angegeben, die Versicherte sei seit dem 1. September 1995 angestellt gewesen und bleibe es noch bis zum 28. Februar 2005. Das Arbeitsverhältnis sei wegen Umstrukturierungsmassnahmen gekündigt worden. Bis April 2003 habe die Versicherte H.\_\_\_\_-Arbeiten an I.\_\_\_\_-Maschinen erledigt, danach Maschinenüberwachungs-, Sortier- und Verpackungsarbeiten. Im Jahr 2002 habe sie insgesamt Fr. 39'035.50, 2003 Fr. 39'946.70 und 2004 Fr. 39'091.-- verdient. Seit dem 1. Januar 2004 habe der Monatslohn (bei vollzeitlicher Anstellung) Fr. 3'220.-- betragen. - Dr. med. B.\_\_\_\_, Allgemeinmedizin FMH, gab im Arztbericht vom 23. März 2005 (act. 10) an, es lägen (seit 2000) eine chronische Hyperventilation (mit Attacken), (seit 1999) ein Thorax-Chassis-Schmerz links, Armschmerzen beidseits, linksbetont, und andere wechselnde Schmerzen sowie (seit 2004) ein St. n. Nasenoperation (Septum und NNH) vor. Die bisherige Tätigkeit sei wegen der Hyperventilationen und Schmerzen nicht mehr zumutbar; sie sei ohnehin gekündigt worden. Leichte Arbeiten ohne stereotype Bewegungen und Exposition gegenüber Lungenreizstoffen wären ganztags zumutbar. Seit Behandlungsbeginn im Jahr 1998 seien immer wieder körperliche (rheumatische, Atem- und vegetative) Beschwerden aufgetreten, vor allem infolge von Arbeits-, aber auch von privatem Stress (vier [wohl: drei] Kinder, durch Sarkom des Femurs behinderter Ehemann usw.). Intermittierend sei Arbeitsunfähigkeit aufgetreten. Beigelegt waren unter anderem ein pneumologischer, ein neurologischer und ein



## St.Galler Gerichte

radiologischer Bericht sowie ein Rapport über eine arbeitsmedizinische Abklärung der Suva im Hinblick auf ein allfälliges allergisches Asthma infolge von Berufssubstanzen. - Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung hielt am 15. Juli 2005 (act. 11) dafür, versicherungsmedizinisch gesehen sei kein invalidenversicherungsrelevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen. Mit Verfügung vom 21. Juli 2005 (act. 14) lehnte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen das Leistungsbegehren, namentlich Arbeitsvermittlung, ab. Ein Gesundheitsschaden, der die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen würde, bestehe derzeit nicht.

B.

B.a Am 11./12. Januar 2010 (act. 18) meldete sich die Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung an und ersuchte um berufliche Eingliederung und eine Rente. Seit Juli 2009 sei sie mit einem Pensum von drei Stunden pro Woche als Reinigungsangestellte tätig. Seit 2001 bestünden Erschöpfung, Kraftlosigkeit, diffuse Schmerzen in der linken Körperhälfte, Schlafstörungen, ausserdem Konzentrationsstörungen, Minderwertigkeitsgefühle und latent Suizidgedanken.

B.b Auf die Aufforderung hin, eine Veränderung glaubhaft zu machen, berichtete das Ambulatorium des Psychiatrischen Zentrums C.\_\_\_\_ am 1. Februar 2010 (act. 27) für die Versicherte unter anderem, diese sei ihm erstmals am 19. Oktober 2006 zugewiesen worden. Am 6. Mai 2008 sei sie notfallmässig in die Psychiatrische Klinik D.\_\_\_\_ eingewiesen worden. Nach der Stabilisierung des Zustands sei sie am 30. Juni 2008 in die ambulante Behandlung entlassen worden. Am 29. Oktober 2008 sei sie zur teilstationären Behandlung in der Tagesklinik angemeldet worden, die bis zum 10. Juli 2009 durchgeführt worden sei. Seit dem 28. September 2009 erfolge nun wieder die ambulante Behandlung. Es bestünden eine depressive Störung, gegenwärtig mittel- bis schwergradige depressive Episode, eine generalisierte Angststörung, eine somatoforme autonome Funktionsstörung respiratorisches System, eine undifferenzierte Somatisierungsstörung und der V. a. eine posttraumatische Belastungsstörung. Es werde davon ausgegangen, dass sie aus psychiatrischer Sicht zu 50 % arbeitsunfähig sei.



## St.Galler Gerichte

B.c Dr. B.\_\_\_\_ teilte am 8. Februar 2010 (act. 29) mit, es sei für ihn eindeutig, dass neue schwerwiegende und invalidenversicherungsrelevante Erkrankungen dazugekommen seien. Neu beständen eine schwere, chronisch kontinuierliche Depression, eine Durchschlafstörung und eine chronische Cephalaea sowie Hals-/Nackenschmerzen nach Treppensturz am 2. Juni 2009 mit Commotio und HWS-Trauma. Einzig die chronische Hyperventilation habe unter jahrelanger Psychotherapie gebessert. Seit 2005 sei die Versicherte auch nicht annähernd in der Lage gewesen, eine geregelte Arbeit zu verrichten. Berufliche Massnahmen würden nach seiner Erfahrung keinen Sinn machen, sinnvoller wäre eine Rente, von der auch ein positiver gesundheitlicher Effekt zu erwarten wäre.

B.d Im daraufhin eingeholten Austrittsbericht vom 30. Juni 2008 (act. 36) hatte die Psychiatrische Klinik D.\_\_\_\_ (bei den vom Ambulatorium des Psychiatrischen Zentrums C.\_\_\_\_ im Bericht vom 1. Februar 2010 übernommenen, oben erwähnten Diagnosen) bekanntgegeben, die Versicherte sei vom 6. Mai 2008 bis 30. Juni 2008 hospitalisiert gewesen und habe in gleich bleibend gebessertem Allgemeinzustand entlassen werden können. Wegen der Überforderung durch die chronische psychosoziale Belastungssituation sei zur langfristigen Stabilisierung eine dauerhafte ambulante Weiterbetreuung nötig.

B.e Am 1. Juni 2010 (act. 39) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen in der Folge mit, berufliche Eingliederungsmassnahmen seien zurzeit aufgrund des Gesundheitszustands nicht möglich.

B.f In einem Arztbericht vom 20. Juli 2010 (act. 42) hielt das Psychiatrische Zentrum C.\_\_\_\_ fest, aktuell sei die Versicherte zu 20 bis 30 % arbeitsfähig und bei günstigem Verlauf könnte sich die Einsatzfähigkeit auf 50 % erhöhen (act. 42-4), aber auch, die Versicherte sei seit dem 28. September 2009 zu 50 % arbeitsunfähig (act. 42-3). Seit 2006 sei eine Verschlechterung eingetreten. Es lägen eine ängstlich-depressive Symptomatik und Störungen der Vitalgefühle (Erschöpfbarkeit, Müdigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Vergesslichkeit, Niedergeschlagenheit) vor. Diagnostiziert wurden (nebst der Angststörung und der somatoformen autonomen Funktionsstörung) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (die



## St.Galler Gerichte

undifferenzierte Somatisierungsstörung und der V. a. eine posttraumatische Belastungsstörung nicht mehr).

B.g Der RAD hielt am 4. August 2010 (act. 43) dafür, es sei von einer Arbeitsfähigkeit als Reinigungsangestellte wie in einer adaptierten Tätigkeit von 50 % auszugehen.

B.h Die Versicherte gab in einem Fragebogen am 26. August 2010 (act. 44) an, sie sei an einer Unterstützung bei der beruflichen Eingliederung - bei zumutbarem Arbeitspensum von 50 % - interessiert, doch dürfe die Arbeit nicht zu schwer sein. Beim Beschrieb der zumutbaren Verweistätigkeit erwähnte sie eine Tätigkeit als Putzhilfe an fünf Stunden pro Woche, während sie zurzeit drei Stunden pro Woche arbeite (beides act. 44-1).

B.i Mit Vorbescheid vom 14. Oktober 2010 (act. 48 f.) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle der Versicherten den Abschluss der Arbeitsvermittlung in Aussicht, da diese nicht erfolgversprechend sei, weil sie sich als nur an fünf Stunden pro Woche arbeitsfähig erachte. Am 29. November 2010 (act. 50) wurde entsprechend verfügt.

B.j Nachdem die Versicherte am 16. Dezember 2010 (act. 51) Angaben zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit/Haushalt gemacht hatte, fand am 20. Juni 2011 (act. 56) eine Abklärung an Ort und Stelle statt. Die Versicherte sei als Vollerwerbstätige zu betrachten, womit sich gemäss der RAD-Stellungnahme vom August 2010 eine halbe Rente ergebe. Es sei bald eine Revision durchzuführen, da die Versicherte noch sehr jung sei und sich die Situation allenfalls nach Beruhigung der finanziellen Situation verbessern könnte.

B.k Das Psychiatrische Zentrum C.\_\_\_\_ erklärte in einem Verlaufsbericht vom 19. September 2011 (act. 57), der Gesundheitszustand der Versicherten sei stationär. Sie werde verhaltenstherapeutisch (psychoedukativ mit dem Effekt einer leichten Entlastung) und medikamentös behandelt. Die Arbeitsfähigkeit sei um bis zu 60 % reduziert. Die Versicherte sei in einer adaptierten Tätigkeit zu 30 bis 40 % arbeitsfähig. Eine Tätigkeit könnte an drei bis vier Stunden pro Tag mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 10 % zumutbar sein.



## St.Galler Gerichte

B.l Dr. B.\_\_\_\_ berichtete am 14. November 2011 (act. 61) ebenfalls von einem stationären Gesundheitszustand. Nach einem Sturz habe die Versicherte ihre Arbeit aufgeben müssen. Es liege eine schwerste Depression vor, die seit Jahren therapieresistent sei. Die Versicherte sage, sie wolle arbeiten, doch ihr Körper wolle nicht.

B.m Am 16. Januar 2012 erfolgte eine rheumatologische und psychiatrische Begutachtung. In den miteinander koordinierten Gutachten vom 24. Januar 2012 (Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, act. 67) und vom 25. Januar 2012 (Dr. med. F.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, act. 66) wurden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (seit etwa 1999 bekannt) und eine Depression mittleren Grades (seit Mai 2008) als Hauptdiagnosen bekannt gegeben. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien ein intermittierendes lumbovertebrales bis -spondylogenes Syndrom (mit Wirbelsäulenfehlhaltung und muskulärer Dysbalance bei Bewegungsmangel und Dekonditionierung infolge Schonverhaltens, mit geringem organischem Korrelat und einer Schmerzverarbeitungsstörung bei psychosozialer Problemkonstellation?), anamnestisch intermittierende cervicocephale Symptome (aktuell ohne fassbares Korrelat), ein St. n. Hyperventilationsanfällen und eine Neigung zu Temestaabusus. Die Versicherte sei rheumatologisch betrachtet in körperlich leicht belastenden, wirbelsäulenadaptierten Tätigkeiten ohne schweres Heben und Tragen von Lasten, wie etwa in einer leichten Putztätigkeit, der Führung des eigenen Haushalts oder einer Vielzahl gewerblicher Aufgabenstellungen, voll arbeitsfähig. Seit Mitte 2008 sei die Arbeitsfähigkeit aber aus psychiatrischen Gründen zu 50 % eingeschränkt. Die mittelgradig ausgeprägte Depression dürfe nicht als reine Begleiterscheinung zur Schmerzstörung gewichtet werden.

B.n Der RAD befürwortete am 3. Februar 2012 (act. 68), auf das Gutachten abzustellen. - Der Rechtsdienst hielt am 6. Februar 2011 (act. 70) dafür, aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht könne keine Arbeitsunfähigkeit angenommen werden.

B.o Mit Vorbescheid vom 5. März 2012 (act. 73 f.) kündigte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle der Versicherten an, einen Rentenanspruch abzulehnen, worauf die Versicherte am 26. April 2012 (act. 79) die Zusprache



mindestens einer halben Rente und eine Prüfung von Integrationsmassnahmen und beruflicher Massnahmen beantragen liess. Mit Verfügung vom 30. April 2012 (act. 80) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen den Rentenanspruch ab und verwies für den Anspruch auf berufliche Massnahmen auf die Rechtskraft der Verfügung vom 29. November 2010.

C.

Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwalt lic. iur. Simon Kehl für die Betroffene am 31. Mai 2012 erhobene Beschwerde. Der Rechtsvertreter beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin anzuweisen, der Beschwerdeführerin ab dem 1. Juli 2009 mindestens eine halbe Rente auszurichten. Sämtliche behandelnden Ärzte würden der Beschwerdeführerin eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % attestieren. Die Sachbearbeitung (die Abklärungsperson) habe eine Berentung bei 50 % Arbeitsfähigkeit empfohlen. Das Administrativgutachten bestätige diese Arbeitsfähigkeit. Der RAD bezeichne das Gutachten als umfassend, konsistent, nachvollziehbar und widerspruchsfrei und schliesse sich der Beurteilung an. Die Beurteilung des Rechtsdienstes der Beschwerdegegnerin, wonach keine eigenständige psychiatrische Störung vorliegen solle, stelle demgegenüber einen unzulässigen juristischen Übergriff auf medizinische Fragen dar; sie sei daher nicht zu hören. Der Hinweis auf die Rechtsprechung gehe fehl, denn in allen zitierten Urteilen sei den Versicherten medizinisch eine rentenausschliessende Arbeitsfähigkeit attestiert worden, hier aber eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Selbst wenn nicht von einer eigenständigen psychischen Störung ausgegangen werden müsste, läge stattdessen eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer vor. Auch für sich allein wäre eine mittelgradige depressive Episode ausreichend schwer und als zumindest teilweise invalidisierend anzusehen, da ein Patient mit dieser Diagnose gemäss ICD-10 soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten nur unter erheblichen Schwierigkeiten fortsetzen könne. Hieran änderten auch die Zitate aus den Akten nichts, mit denen der Standpunkt des Rechtsdiensts begründet worden sei. Eine gesunde Person müsse im Gegensatz zur Beschwerdeführerin nicht dauernd zahlreiche Medikamente ein- und zahlreiche stationäre, halbstationäre und ambulante Therapien in Anspruch nehmen, leide nicht unter Konzentrationsstörungen und dissoziativen Zuständen, wirke nicht hilf- und hoffnungslos, klage nicht über



Schmerzen, leide nicht unter Angstzuständen usw. Unverständlich sei, weshalb die Beschwerdegegnerin entgegen dem ausdrücklichen Wunsch und der Bereitschaft der Beschwerdeführerin auf die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen verzichtet habe. Allenfalls wäre es nach der Rentenzusprache sinnvoll, Integrationsmassnahmen durchzuführen. - Zugleich lässt die Beschwerdeführerin ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege stellen

D.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 26. Juni 2012 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Entgegen der Ansicht des Gutachters gehe aus den Akten hervor, dass der depressiven Symptomatik keine teilweise Eigenständigkeit zukomme und das Schmerzgeschehen dominiere. So heisse es etwa, die Beschwerdeführerin sei reizbar, wenn sie Schmerzen habe, und wenn das nicht der Fall sei, habe sie mehr Freude, oder, die Schmerzen seien bei der Arbeit immer der limitierende Faktor gewesen. In der Tagesklinik habe sie alle Tätigkeiten nach wenigen Minuten aufgrund der Schmerzen aufgegeben. Das Psychiatrische Zentrum C.\_\_\_\_ spreche sodann von einer klassischen Schmerzstörung. Aus dem Umstand, dass sich die Beschwerdeführerin im Jahr 2008 habe hospitalisieren lassen, sei nicht zwangsläufig auf eine teilweise Eigenständigkeit der Depression zu schliessen. Die beiden Hauptdiagnosen vermöchten in der Regel keine Invalidität im Rechtssinn zu begründen. Eine Komorbidität sei aus der psychopathologischen Befundlage nicht herzuleiten. Auch die von der Rechtsprechung entwickelten Kriterien für ein ausnahmsweises Abweichen vom Grundsatz seien nicht erfüllt, wie sich aus dem Gutachten (act. 66-14) ergebe. Selbst wenn die Depression als eigenständiges Leiden zu taxieren wäre, so wiese sie nicht den Schweregrad auf, der für die Bejahung einer Invalidität notwendig wäre. Das Beschwerdebild sei durch psychosoziale Belastungsfaktoren geprägt, so etwa eine Mehrfachbelastung, einen erkrankten Ehemann, das Fehlen einer harmonischen Beziehung und finanzielle Probleme. Die Beschwerdeführerin nehme zudem die Psychopharmaka nicht adäquat ein, was dafür spreche, dass sie sich selbst nicht als besonders depressiv oder anderweitig psychisch beeinträchtigt erlebe. Der Gutachter erwähne ferner Konzentrationsstörungen. Solche hätten jedoch nicht objektiviert werden können. Dasselbe gelte für die angegebene Vergesslichkeit. Diesen Faktoren dürfe daher kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit



zugemessen werden. Die beruflichen Massnahmen seien aufgrund der subjektiven Krankheitsüberzeugung der Beschwerdeführerin abgeschlossen worden. Es sei nicht ersichtlich, was sich an ihrer Einstellung geändert haben sollte.

E.

Die Verfahrensleitung hat am 3. Juli 2012 dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege entsprochen.

F.

Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat am 3. September 2012 auf die Erstattung einer Replik verzichtet.

### **Erwägungen:**

1.

Mit der angefochtenen Verfügung vom 30. April 2012 hat die Beschwerdegegnerin ein Gesuch der Beschwerdeführerin vom Januar 2010 (nach einer ersten rechtskräftigen Gesuchsabweisung im Jahr 2005) um eine Rente abgewiesen. Beantragt werden im Gerichtsverfahren Rentenleistungen, hernach allenfalls berufliche Massnahmen bzw. Integrationsmassnahmen. Strittig ist demnach zunächst ein allfälliger Anspruch auf eine Rente. Ergäbe sich allerdings, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage stünde, so gehörte zum Streitgegenstand, auch wenn die Beschwerdegegnerin am 29. November 2010 die Arbeitsvermittlung abgeschlossen hatte, notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht der Beschwerdeführerin zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen habe.

2.

2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 %



besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente.

2.2 Allgemein gilt, dass Invalidität Folge unter anderem von Krankheit sein kann (vgl. Art. 4 Abs. 1 IVG). Eine (durch eine Gesundheitsschädigung bedingte) Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit muss in jedem Einzelfall unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein (vgl. BGE 127 V 294, BGE 99 V 28). Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, Arbeit in ausreichendem Masse zu verrichten, zu vermeiden in der Lage wäre, sind nicht als Auswirkungen einer krankhaften (dort: seelischen) Verfassung zu betrachten (vgl. BGE 102 V 165).

2.3 In Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten genügen dementsprechend die subjektiven Schmerzangaben der versicherten Person für die Begründung einer (teilweisen) Invalidität allein nicht; vielmehr muss verlangt werden, dass die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind (BGE 130 V 352 E. 2.2.2). Das Vorliegen eines fachärztlich ausgewiesenen psychischen Leidens mit Krankheitswert ist jedoch aus rechtlicher Sicht zwar Voraussetzung, aber nicht auch schon hinreichende Basis für die Annahme einer invalidisierenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.3). Bei weitgehendem Fehlen eines somatischen Befundes genügt (selbst) die (rein) psychiatrische Erklärbarkeit der Schmerzsymptomatik allein für eine sozialversicherungsrechtliche Leistungsbegründung nicht (BGE 130 V 352 E. 2.2.4). Der begutachtenden Fachperson der Psychiatrie obliegt im Rahmen der - naturgemäss mit Ermessenszügen behafteten - ärztlichen Stellungnahme zur Arbeits(un)fähigkeit die Aufgabe aufzuzeigen, ob und inwiefern eine versicherte Person über psychische Ressourcen verfügt, die es ihr erlauben, mit ihren Schmerzen umzugehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.4).

2.4 Eine depressive Störung stellt nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts für sich keinen pathogenetisch (ätiologisch) unklaren syndromalen Zustand dar, bei welchem die Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen (s. unten E. 4.3) zur Anwendung gelangen würde (vgl. Bundesgerichtsentscheide i/S M. vom



20. September 2011, 8C\_302/11, und i/S H. vom 17. Januar 2013, 9C\_521/12). Die Annahme einer invalidisierenden Wirkung einer (mittelschweren) depressiven Störung bedingt nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts jedenfalls, dass es sich dabei nicht bloss um die Begleiterscheinung einer Schmerzkrankheit handelt, sondern um ein selbstständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden. Fehlt es daran, ist nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts in der Regel keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitsschadens anzunehmen (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 22. Juli 2014, 9C\_690/13 E. 4.2). In ständiger Rechtsprechung hat das Bundesgericht im Übrigen daran festgehalten, dass beim Zusammentreffen einer zuverlässig diagnostizierten depressiven Episode und einer somatoformen Schmerzstörung in erster Linie die (fach-) ärztlichen Feststellungen zur Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsunfähigkeit massgeblich sind (Bundesgerichtsentscheid i/S U. vom 14. Februar 2014, 8C\_251/13 E. 4.2.2).

2.5 Entscheidend ist im Ergebnis die nach einem weitgehend objektivierten Massstab vorzunehmende Beurteilung, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch zumutbar sei (vgl. BGE 127 V 294; vgl. zum Ganzen auch BGE 139 V 547). - Steht fest, dass ein Krankheitszustand mit (unüberwindlichem, d.h. ganze oder teilweise Unzumutbarkeit einer Tätigkeit bewirkendem) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt, ist unerheblich, ob auch soziale, invalidenversicherungsfremde Faktoren als (Teil-) Ursache bei dessen Entstehung eine wesentliche Rolle gespielt haben (vgl. dazu BGE 139 V 547 E. 3.2.2).

3.

3.1 Im Rahmen ihrer Neuanmeldung vom Januar 2010 wurde der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bidisziplinär begutachtet. Bei der rheumatologischen Abklärung zeigte sich kein die Arbeitsfähigkeit einschränkendes Leiden. Der Gutachter stützte sich auf eine Kenntnissnahme von den Vorakten und erfragte die Beschwerden. Die Beschwerdeführerin beklagte stetige Rückenschmerzen (an ganzer LWS) und dass sie darauf achtgeben müsse, keinen Hexenschuss zu provozieren, denn dann müsse sie zuhause meistens liegen. Sie könne maximal eine Stunde sitzen. Später habe sie noch Nackenschmerzen erinnert, die seit zwei Jahren fast immer vorhanden seien. Den



aktuellen Schmerzpegel habe sie gelassen und in ausgeglichener Stimmungslage mit 7.5 (auf einer Skala zwischen Null und maximal vorstellbarem Schmerz bei 10) angegeben (act. 67-12). Der Gutachter erstellte Aufnahmen der LWS (ap/seitlich). Ausserdem stand ihm ein MRI der HWS vom 4. November 2009 zur Verfügung. Damit und mit seiner Untersuchung erhob er eine Fehlhaltungstendenz der Wirbelsäule mit konsekutiver Überlastung des lumbosakralen und zervikothorakalen Übergangs im Bereich der Weichteilstrukturen sowie im Bereich des Beckengürtels mässiggradige myofasziale Triggerpunkte. Infolge einer wegen Schon- und Meideverhaltens eingetretenen Dekonditionierung sei die Belastbarkeit für schwere und rückenbelastende Arbeiten, welche die Beschwerdeführerin aber bis anhin nicht ausgeübt habe, eingeschränkt. Diese gutachterliche Einschätzung überzeugt. Die von Dr. B.\_\_\_\_ (welcher der Beschwerdeführerin gesamthaft eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert) erwähnten Hals-/Nackenschmerzen (nach Treppensturz mit Commotio und HWS-Trauma) sind damit berücksichtigt (Cephalaea wurde in der Begutachtung nicht beklagt). Wie den Akten zur ersten IV-Anmeldung samt dem Arztzeugnis von Dr. B.\_\_\_\_ vom 23. März 2005 zu entnehmen ist, hat die Beschwerdeführerin schon seit Behandlungsbeginn 1998 immer wieder körperliche Beschwerden gehabt und es waren pneumologische und neurologische (einschliesslich Radiologie-) Abklärungen durchgeführt worden, bei denen aber keine relevanten Befunde gefunden worden waren. Es kann demnach davon ausgegangen werden, dass somatisch kein die Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit einschränkendes Leiden vorhanden ist.

3.2 Im Gutachten wird der Beschwerdeführerin jedoch eine Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen attestiert, und zwar eine solche von 50 %. Dr. B.\_\_\_\_ befürwortet wie erwähnt insgesamt eine volle Arbeitsunfähigkeit. Das behandelnde Psychiatrische Zentrum C.\_\_\_\_ ging im Februar 2010 von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % aus. Seine Arbeitsfähigkeitsschätzung vom Juli 2010 ist nicht eindeutig, es werden eine Arbeitsunfähigkeit von 70 bis 80 und eine solche von 50 % angegeben. Auch das Attest vom September 2011 erwähnt gleichzeitig eine Reduktion bis zu 60 % und eine Arbeitsunfähigkeit von 60 bis 70 %.

3.3 Der Gutachter der Psychiatrie hat sich mit der Diagnosestellung und den Arbeitsfähigkeitsschätzungen der psychiatrisch behandelnden Stelle auseinandergesetzt und auf (weitere) Unklarheiten und Unvollständigkeit hingewiesen (act. 66-15). Namentlich



ist, wie er zutreffend darlegt, nicht nachvollziehbar, weshalb bei verringerter Depression (mittelgradig statt mittel- bis schwergradig) eine höhere Arbeitsunfähigkeit bestehen sollte. Die betreffenden Arbeitsfähigkeitsschätzungen sind insgesamt nicht überzeugend.

3.4 Selber hat der Gutachter der Psychiatrie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine Depression mittleren Grades diagnostiziert. Als im Vordergrund stehendes Leiden bezeichnet er die somatoforme Schmerzstörung. Stets seien die Schmerzen der die Beschwerdeführerin limitierende Faktor gewesen, eine somatische Erklärung habe sich aber nicht finden lassen. Stattdessen seien immer wieder psychosoziale Belastungsfaktoren erwähnt worden (act. 66-14). In der Untersuchungssituation war ein Schmerzerleben erst nach rund zwei Stunden spürbar gewesen (act. 66-15). Der Gutachter hält fest, der diesbezügliche Verlauf sei schwankend. Anlässlich des Aufenthalts in der Tagesklinik sei ferner eine Selbstlimitierung festzustellen gewesen. Der Schmerzmittelkonsum der Beschwerdeführerin sei gering. Ein sozialer Rückzug habe nicht stattgefunden. Ein primärer Krankheitsgewinn sei zumindest nicht auszuschliessen (Überforderung durch die Doppelrolle als Mutter und voll Erwerbstätige; schwere Erkrankung des Ehemannes).

3.5 Der Gutachter führt des Weiteren aus, die Depression mittleren Grades bilde eine Komorbidität zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und dürfe nicht als reine Begleitdepression gewichtet werden (act. 66-14 unten). Es dürfe ihr eine teilweise Eigenständigkeit zugesprochen werden, auch wenn das Ausmass der Depressivität mit den Schmerzen schwanke (act. 66-14 oben). Sie habe nämlich Mitte 2008 immerhin zu einer fast zwei Monate dauernden psychiatrischen Hospitalisation geführt (act. 66-14 unten). Dieser Umstand für sich genommen ist indessen, selbst wenn berücksichtigt wird, dass die Beschwerdeführerin ab dem 29. Oktober 2008 bis zum 10. Juli 2009 ausserdem noch in teilstationärer Behandlung in der Tagesklinik war, als Begründung für eine solche Schlussfolgerung ungenügend. Zu berücksichtigen sind die konkreten Umstände und der konkrete Verlauf. Was die psychiatrische Vorgeschichte samt Hospitalisation der Beschwerdeführerin betrifft, hatte, wie das Psychiatrische Zentrum C.\_\_\_\_ berichtete (act. 27), erstmals Dr. B.\_\_\_\_ sie im Oktober 2006 für eine psychiatrische Abklärung und Behandlung an dieses Zentrum gewiesen. Dort seien



eine generalisierte Angststörung und ein Hyperventilationssyndrom bei psychosozialen Belastungssituationen, insbesondere bei Erkrankung des Ehemannes, diagnostiziert worden. Im Jahr 2008 dann sei die Beschwerdeführerin in einem Schock ähnlichen Zustand in suizidaler Absicht auf die Autobahn gefahren. Am nächsten Tag habe sie beim Zentrum Hilfe gesucht und dieses habe sie am 6. Mai 2008 bei psychischer Dekompensation mit latenter Suizidalität und Fremdaggressivität notfallmässig in die Klinik eingewiesen. Gemäss dem Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik D.\_\_\_\_ (act. 36-1 f.) war sie, da sie sich beim Aufnahmegespräch nicht glaubhaft von akuter Suizidalität habe distanzieren können, zunächst auf die geschlossene Akutstation aufgenommen worden, habe jedoch rasch verlegt werden können, da eine Stabilisierung erfolgt sei und keine Suizidalität bestanden habe. Unter der Behandlung sei die depressive Symptomatik zunehmend rückläufig gewesen und die Beschwerdeführerin sei in gleich bleibend gebessertem Allgemeinzustand (Status: im formalen Denken leicht verlangsamt, umständlich, eingeengt, Grübelneigung, im Affekt leicht ratlos, innerlich unruhig, klagsam) entlassen worden. Es wurde eine Überforderung durch eine chronische psychosoziale Belastungssituation festgestellt. Wie der Gutachter der Psychiatrie kritisch festhält, entsprach der Austrittsbefund eindeutig einer höchstens mittelgradigen depressiven Störung (act. 66-15). Damit ergeben sich Zweifel an der gutachterlichen Annahme, die Depression sei als teilweise eigenständiges Leiden zu betrachten.

3.6 Dazu kommt, dass selbst die - allerdings anerkanntermassen fachärztlich-gutachterliche - Diagnostizierung einer Depression mittleren Grades als solche nicht ohne weiteres fassbar ist. Die Beschwerdeführerin klagte bei der psychiatrischen Untersuchung hauptsächlich über Schmerzen, die etwas gebessert hätten, aber Haupthindernis für die Wiederaufnahme einer Arbeit seien, ferner über Vergesslichkeit, rasche Ermüdbarkeit, freudlose Stimmung, gestörten Schlaf, empfindlichen Magen, Neigung zu Blasenentzündungen und blitzartige Empfindungen in den Ohrmuscheln (act. 66-11). Wird aber der vom Gutachter vorgefundene psychiatrische Befund betrachtet, wird erkennbar, dass die affektive Modulation der Beschwerdeführerin erhalten war, die Stimmung leicht gedrückt und die Psychomotorik frei waren, ohne vegetative Angstsymptome. Aufmerksamkeit und Konzentration waren während der mehr als zwei Stunden dauernden Untersuchung nicht relevant beeinträchtigt. Erst gegen Ende habe die Beschwerdeführerin ziehende Schmerzen im Rücken gespürt und



sei aufgestanden (ebenfalls act. 66-11). Seine Diagnose begründet der Gutachter jedoch nicht nur mit der festgestellten leicht bedrückt-resignierten Stimmung, sondern auch mit Vergesslichkeit und beeinträchtigter Konzentration, Erschöpfbarkeit, Antriebsverminderung und Schlafstörung. Dabei stützte er sich somit offenbar auf Vorakten und auf die entsprechenden Angaben der Beschwerdeführerin, insbesondere auf jene, dass diese Störungen abhängig seien von den Schmerzen und mit ihnen schwankten. Dass sich diese beklagten Störungen von ihm hatten objektivieren lassen, kann dem Gutachten nicht entnommen werden; gemäss den dortigen Ausführungen wurden sie bei der Begutachtung selbst wie erwähnt nicht festgestellt. Hingegen konnte der Gutachter in die Beurteilung mit einbeziehen, zu welchen Leistungen die Beschwerdeführerin in ihrem Tagesablauf nach ihren Angaben fähig ist (vgl. act. 66-14 und 66-10). Die entsprechenden Schilderungen sprechen nicht für eine weitreichende Arbeitsunfähigkeit. Dem Gutachter der Rheumatologie gegenüber machte die Beschwerdeführerin im Übrigen wie erwähnt eine submaximale Schmerzangabe und befand sich dabei nach dessen Einschätzung in aufgeräumtem Gemütszustand (vgl. act. 67-17).

3.7 Es ergeben sich damit Zweifel an der gutachterlich festgehaltenen Arbeitsunfähigkeit von 50 % für eine Zeit ab Mitte 2008, als die Beschwerdeführerin die psychiatrische Hospitalisation angetreten hatte. Befundbeschreibung und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit lassen sich nicht ohne weiteres vereinbaren. Die Diagnose bzw. der Schweregrad der Depression sowie die Qualifikation deren Bedeutung als (teilweise eigenständige, erhebliche) psychiatrische Komorbidität zur somatoformen Schmerzstörung sind im Gutachten nicht ausreichend nachvollziehbar gemacht worden. Es kann darauf daher nicht abgestellt werden. Angesichts der allerdings in allen relevanten ärztlichen Berichten gestellten Diagnose (so hat sich etwa der RAD dem Gutachten angeschlossen) und der Behandlungen der Beschwerdeführerin ist aber auch nicht ausgeschlossen, dass eine Depression von erheblichem Schweregrad vorliegt.

3.8 Der Sachverhalt erweist sich damit als ungenügend abgeklärt, weshalb die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Die erforderlichen ergänzenden medizinischen Abklärungen werden aufzuzeigen haben, ob, in welcher Hinsicht (zeitlich sowie bezüglich welcher Funktionen, etwa von Aufmerksamkeit, Konzentration,



Auffassungsvermögen, Belastbarkeit) und in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin allenfalls nach einem weitgehend objektivierten Massstab beeinträchtigt ist, Arbeit zu leisten.

4.

4.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 30. April 2012 teilweise gutzuheissen und die Sache ist zu ergänzenden medizinischen Abklärungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.2 Eine solche Rückweisung stellt praxisgemäss aus prozessualer Sicht ein vollständiges Obsiegen dar (vgl. BGE 137 V 57). Die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) vom 3. Juli 2012 ist damit obsolet geworden.

4.3 Angesichts des Unterliegens der Beschwerdegegnerin rechtfertigt es sich, ihr die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festgelegt werden (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG), gesamthaft aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP/SG, sGS 951.1). Eine Entscheidgebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen.

4.4 Die Beschwerdeführerin hat bei diesem Ausgang des Verfahrens gegenüber der Beschwerdegegnerin Anspruch auf Ersatz der Parteikosten, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen werden (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG). Der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand angemessen erscheint (bei einfachem Schriftenwechsel) eine Parteienschädigung von Fr. 3'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

### **entschieden:**

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 30. April 2012 aufgehoben und die Sache wird zu ergänzenden medizinischen



Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung 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. 3'000.-- zu bezahlen.