



**Fall-Nr.:** IV 2020/111  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 13.07.2022  
**Entscheiddatum:** 24.02.2022

### **Entscheid Versicherungsgericht, 24.02.2022**

**Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Frage des Vorliegens eines Alkoholabhängigkeitssyndroms. Trotz des möglichen Vorliegens eines schädlichen Gebrauchs von Alkohol ist am Gutachten festzuhalten und ein Rentenanspruch gestützt auf eine Arbeitsfähigkeit von 70% zu verneinen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Februar 2022, IV 2020/111).**

#### **Entscheid vom 24. Februar 2022**

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Corinne Schambeck (Vorsitz), Marie Löhner und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer

Geschäftsnr.

IV 2020/111

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**



Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) meldete sich erstmals am 12. Juli 2013 wegen einer Panik-Störung, einer posttraumatischen Belastungsstörung und Depressionen bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (IV-act. 2). Sie gab an, nicht erwerbstätig und Hausfrau zu sein. Gemäss dem Fragebogen für Arbeitgeber übte sie von Februar bis September 2011 eine Tätigkeit in der Unterhaltsreinigung aus (IV-act. 11). Dem Fragebogen betreffend Qualifikation ist zu entnehmen, dass sie im Gesundheitsfall 100% erwerbstätig wäre (IV-act. 16). Med. pract. B.\_\_\_\_, Psychiatrisches Zentrum C.\_\_\_\_, diagnostizierte im Bericht vom 18. Februar 2014 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.11) und eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1). Ab dem 15. März 2012 (Beginn der Behandlung) sei sie zu 100% arbeitsunfähig gewesen und ab dem 1. März 2014 zu 40% arbeitsfähig in einer adaptierten Tätigkeit (IV-act. 20-3).

**A.b.** Durch Mitteilung vom 2. Oktober 2014 sprach die IV-Stelle der Versicherten ein Belastbarkeitstraining bei D.\_\_\_\_ vom 22. September bis 21. Dezember 2014 zu (IV-act. 32). Ziel der Integrationsmassnahme war es, spezifisch vereinbarte Kompetenzen und Verhaltensweisen zu trainieren (IV-act. 34). Vom 22. Dezember 2014 bis 21. Juni 2015 wurde ihr zudem Kostengutsprache für ein Aufbaustraining gewährt, welches sie jedoch wegen einer gesundheitlichen Verschlechterung per 26. März 2015 abbrechen musste (IV-act. 41, 54, 57). Vom 2. bis 25. April 2015 wurde die Versicherte stationär in der Psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_ behandelt. Der Austritt erfolgte vorzeitig auf ihren Wunsch hin, da sie die Rückkehr zur Klinikstation nach den Wochenenden jeweils an die Zeit und Erlebnisse im Kinderheim erinnert hätten, was in ihr sehr unangenehme Gefühle ausgelöst habe. Im Anschluss wurde die Therapie im ambulanten Setting fortgesetzt (IV-act. 61-2f., 63-2).



**A.c.** In der Stellungnahme vom 23. März 2016 befand RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die vorliegenden psychiatrischen Berichte hinsichtlich der Diagnostik als nicht überzeugend. Er empfahl die Einholung weiterer Berichte (IV-act. 78-3) und gestützt darauf am 15. Juli 2016 die Vornahme einer bidisziplinären Begutachtung (IV-act. 82).

**A.d.** Am 12. August 2016 wurde die Versicherte orthopädisch durch Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und psychiatrisch von Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachtet. Im Gutachten vom 10. September 2016 hielten die beiden Experten als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung (Typ II Traumatisierung, F43.1), eine Panikstörung (F41.0), sowie ein chronisches lumbovertebrales Syndrom (M54.5) bei degenerativen Veränderungen ossärer (M47.86), aber vorwiegend diskogener (Diskushernien L4/L5 und L5/S1, M51.8) Art fest. Seit August 2011 bestehe in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100% und in einer leidensangepassten Tätigkeit eine solche von 30% (IV-act. 88-45f.). RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ befand das Gutachten als nachvollziehbar (Stellungnahme vom 19. September 2016, IV-act. 89).

**A.e.** Mit Verfügung vom 7. November 2016 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren gestützt auf einen IV-Grad von 30% ab (IV-act. 92, 93).

**A.f.** Am 14. Dezember 2017 meldete sich die Versicherte erneut zum Leistungsbezug an. Sie machte geltend, unter Depressionen, einem Trauma sowie Kraftlosigkeit (Zittern) zu leiden (IV-act. 94). Mit Verfügung vom 12. März 2018 trat die IV-Stelle auf das Leistungsbegehren nicht ein (IV-act. 101).

**A.g.** Mit Vorbescheid vom 6. November 2018 wollte die IV-Stelle auf das neue Leistungsbegehren vom Oktober 2018 erneut nicht eintreten (IV-act. 110, 104), worauf die Versicherte geltend machte, mit dieser Entscheidung nicht einverstanden zu sein (IV-act. 112). Mit Schreiben vom 10. Dezember 2018 berichtete med. pract. B.\_\_\_\_, dass das Leiden der Versicherten hochgradig chronifiziert sei. Trotz intensiver Behandlung in der Tagesklinik, mehreren stationären Aufenthalten in der Psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_, auf Akut- und Psychotherapiestationen, ambulanter psychiatrischer Behandlung und



## St.Galler Gerichte

Optimierung der Psychopharmakotherapie zeige sich nur eine begrenzte Wirksamkeit. Es sei davon auszugehen, dass eine Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt über längere Zeit nicht möglich sei (IV-act. 114-1ff.).

**A.h.** Nach Einholung weiterer Arztberichte durch die IV-Stelle hielt RAD-Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, am 24. Juni 2019 fest, auf Grund des von den behandelnden Ärzten aufgeführten Störungsbildes einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung empfehle sich eine polydisziplinäre medizinische Begutachtung (IV-act. 126-3).

**A.i.** Mit Schreiben vom 25. Juni 2019 verneinte die IV-Stelle einen Anspruch auf berufliche Massnahmen (IV-act. 129).

**A.j.** Am 13. Dezember 2019 unterzog sich die Versicherte einer bidisziplinären Verlaufsbeurteilung durch Dres. H.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_. Im Gutachten vom 11. Januar 2020 beurteilten die Fachärzte die Versicherte als zu 70% arbeitsfähig in einer angepassten Tätigkeit (IV-act. 136-8).

**A.k.** Mit Vorbescheid vom 28. Januar 2020 teilte die IV-Stelle mit, sie plane das Rentengesuch auf Grund eines IV-Grads von 30% abzuweisen (IV-act. 140). Am 30. April 2020 verfügte sie in diesem Sinne eine Abweisung des Leistungsgesuchs (IV-act. 152).

## **B.**

**B.a.** Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde der Versicherten (nachfolgend: Beschwerdeführerin) vom 28. Mai 2020 mit dem Antrag auf deren Aufhebung und auf Zusprache einer Rente. Zudem sei ihr die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren. Die Beschwerdeführerin macht geltend, da sie seit längerer Zeit in einer Kantine tätig sei und dabei aber lediglich eine Arbeitsfähigkeit von 30% erreiche, müsse auf diese berufspraktische Einschätzung abgestützt werden und nicht auf das Gutachten von 2019. Auch ihre behandelnde Psychiaterin sei mit dem IV-Gutachten nicht einverstanden, was sie in der Stellungnahme vom 26. Mai 2020 darlege (act. G 1, 1.2).



## St.Galler Gerichte

**B.b.** Mit Beschwerdeantwort vom 8. Juli 2020 beantragt die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung verweist sie vorwiegend auf die Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. I.\_\_\_\_ vom 3. Juli 2020, wonach an den psychiatrischen Ausführungen der Gutachterin festgehalten werden könne (act. G 4, 4.2).

**B.c.** Am 14. Juli 2020 bewilligt die Präsidentin das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Rechtspflege für das Verfahren vor dem Versicherungsgericht (act. G 6).

**B.d.** Mit Replik vom 9. November 2020 hält die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. Auf Grund ihrer gesundheitlichen Beschwerden sei es ihr nicht möglich, einer 70%igen Arbeitstätigkeit nachzugehen. Die mögliche und bisher ausgeführte Tätigkeit von 30% stelle das Maximum dar, welches sie leisten könne. Sie kämpfe täglich, um ihr Leben einigermaßen auf die Reihe zu kriegen, und bemühe sich, die Arbeit in der Kantine auszuführen. In der Beilage reicht sie einen Bericht ihrer behandelnden Psychiaterin, den Austrittsbericht der Klinik J.\_\_\_\_ vom 10. November 2020 über ihre Hospitalisation vom 26. Oktober bis 10. November 2020, eine Bestätigung über Suchtberatung vom 14. Oktober 2020 sowie den Bericht des Spitals K.\_\_\_\_ über eine notfallmässige Behandlung vom 24. Februar 2012 ein (act. G 12, 12.1-12-4, 14).

**B.e.** In der Duplik vom 2. Dezember 2020 hält auch die Beschwerdegegnerin am Antrag auf Beschwerdeabweisung unter Beilage der Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. I.\_\_\_\_ vom 21. November 2020 fest. Gemäss dem RAD-Arzt ergeben sich im Rahmen der vorliegenden Unterlagen keine neuen relevanten Erkenntnisse auf medizinisch-psychiatrischer Ebene hinsichtlich des massgeblichen Zeitraums bis zum Verfügungserlass (30. April 2020; act. G 16, 16.1).

Auf die Vorbringen der Verfahrensbeteiligten zur Begründung ihrer Anträge sowie den Inhalt der übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

## Erwägungen

### 1.

Rechtsprechungsgemäss hat das Sozialversicherungsgericht auf den bis zum



Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 143 V 411 E. 2.1 mit Hinweis). Später eingetretene Tatsachen, die zu einer Änderung des Sachverhalts geführt haben, sind grundsätzlich nicht im Rahmen des hängigen, sondern im Rahmen eines weiteren Verfahrens zu berücksichtigen (BGE 121 V 366 E. 1b mit Hinweisen). Indes sind Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, im hängigen Verfahren soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. Februar 2020, 9C\_361/2020, E. 3.3). Der den Gutachtern offensichtlich nicht vorgelegene Bericht (vgl. IV-act. 136-33ff.) über die notfallmässige Behandlung der Beschwerdeführerin vom 24. Februar 2012 (act. G 12.4) beinhaltet einen Sachverhalt, der sich weit vor dem Verfügungserlass einstellte. Somit ist der Bericht zu berücksichtigen. Da auch die im Anschluss an die angefochtene Verfügung vom 30. April 2020 wahrgenommenen Gesprächstermine bei der Suchtfachstelle vom 23. und 30. Juli 2020 (vgl. Bestätigung vom 14. Oktober 2020, act. G 12.3) grundsätzlich Hinweise enthalten könnten, welche auf den Gesundheitszustand im Zeitpunkt des Verfügungserlasses schliessen lassen, und es angesichts der ebenfalls zu prüfenden Frage des Vorliegens einer Alkoholabhängigkeit gerechtfertigt erscheint, auch nach dem genannten Zeitpunkt eingetretene Umstände in die Gesamtwürdigung einzubeziehen, spricht nichts gegen ihre Berücksichtigung. Demgegenüber behandelt der Austrittsbericht der Klinik J.\_\_\_\_ vom 10. November 2020 (act. G 12.2) eine gesundheitliche Entwicklung, welche keine Rückschlüsse auf den bis zum Verfügungszeitpunkt vorliegenden Gesundheitszustand zulässt. Dieser wäre demgegenüber allenfalls bei einer Revision bzw. Wiederanmeldung zu prüfen und ist vorliegend nicht zu berücksichtigen.

## 2.

**2.1.** Umstritten und nachfolgend zu prüfen ist die Frage, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

**2.2.** Am 1. Januar 2022 sind mit der Revision zur Weiterentwicklung der Invalidenversicherung verschiedene Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) und der dazugehörigen Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in Kraft getreten. In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben. Da vorliegend ein vor dem 1. Januar 2022 beginnender Rentenanspruch im Streit liegt, finden die neuen Bestimmungen auf das hier zu beurteilende Wiederanmeldungs-gesuch keine



Anwendung (siehe auch Kreisschreiben des Bundesamts für Sozialversicherungen über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung, gültig ab 1. Januar 2022, Rz 9100 f.).

**2.3.** Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a); während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % im Sinne von Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) invalid sind (lit. c).

**2.4.** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**2.5.** Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

**2.6.** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe der medizinischen Fachpersonen ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines medizinischen Berichts ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Rechtsprechungsgemäss ist den im Rahmen des



Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; Urteil des Bundesgerichts vom 13. Februar 2019, 8C\_801/2018, E. 4.3). Ebenfalls ist bei der Würdigung der medizinischen Aktenlage der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Dies gilt für Hausärzte wie auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. statt vieler: Entscheide des Bundesgerichts vom 3. Mai 2021, 8C\_164/2021, E. 3.2.1, und vom 17. Februar 2021, 8C\_783/2020, E. 5.2, je mit Hinweisen).

**2.7.** Vorliegend wies die Beschwerdegegnerin ein erstes Gesuch der Beschwerdeführerin vom 12. Juli 2013 (IV-act. 2) mit Verfügung vom 7. November 2016 (IV-act. 93) ab. Auf ihr neues Gesuch vom Oktober 2018 (IV-act. 104) trat die Beschwerdegegnerin ein, weshalb auf die entsprechenden Voraussetzungen gemäss Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 3. September 2019, 8C\_467/2019, E. 3.2) nicht näher einzugehen ist.

### **3.**

**3.1.** Zunächst ist zu prüfen, ob der medizinische Sachverhalt spruchreif abgeklärt wurde und dabei insbesondere auch die Frage nach dem Vorliegen der von der Behandlerin geltend gemachten Alkoholabhängigkeit beantwortet werden kann. Der angefochtenen Verfügung liegt das bidisziplinäre Verlaufs-Gutachten der Dres. H.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ vom 11. Januar 2020 zu Grunde. Darin führen die Gutachter folgende relevante Diagnosen mit und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf: ein chronisches lumbovertebrales Syndrom (M54.86) bei degenerativen Veränderungen ossärer (M47.86), aber vorwiegend diskogener Art (Diskushernien L4/L5 und L5/S1,



M51.3) nach mikrotechnischer Fenestration und Teildiscectomie L5/S1 von links Mitte November 2019, ein chronisches Cervicalsyndrom (M54.82) bei vermutlich degenerativen Veränderungen der HWS ossärer (M47.82) und diskogener (M50.8) Art, einen Verdacht auf zervikogenen Schwindel (R42), eine posttraumatische Belastungsstörung (Typ II Traumatisierung, PTBS), subsyndromal (F43.1), eine Panikstörung (F41.0), eine Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlichen, abhängigen und emotional instabilen Persönlichkeitsanteilen (Z73.1), sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (F33.4). Im orthopädischen Gutachten führte Dr. G.\_\_\_\_ aus, dass sich die neurologische Ausfallsymptomatik nach operativer Behandlung Mitte November 2019 deutlich gebessert habe. Persistieren würden die lumbal lokalisierten, je nach Bewegung und Belastung zunehmenden Schmerzen. Klinisch fänden sich aktuell eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der Wirbelsäule, jedoch keine schwerwiegenden neurologischen Ausfälle (IV-act. 136-6).

**3.2.** Im psychiatrischen Gutachten hält Dr. H.\_\_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin berichte, unter sehr schwierigen und traumatisierenden Umständen als ältestes von drei Kindern in einer von Gewalt und sexuellem Missbrauch geprägten Kindheit aufgewachsen zu sein. Auch später habe sie einige traumatisierende Beziehungen gehabt. Beruflich habe sie keine Ausbildung absolviert, sondern mehrheitlich im Service und im Reinigungsdienst gearbeitet (IV-act. 136-6). Gemäss dem psychiatrischen Teilgutachten führte die Beschwerdeführerin hinsichtlich des jetzigen Leidens aus, sie habe immer noch ab und zu Panikattacken, wenngleich weniger als früher. Auch könne sie insgesamt besser schlafen und habe weniger Alpträume. Die Stimmung gehe auf und ab. Sie mache aber das Beste daraus und die Arbeit stabilisiere sie. Problematisch seien manchmal plötzlich einschliessende Suizidgedanken, zuletzt erlebt vor zwei bis drei Monaten. Sie habe keine Ahnung, was der Auslöser sei. Sie denke dann einfach, das Leben habe wenig Sinn, und sie würde dann am liebsten einschlafen und nicht mehr aufwachen. Dann trinke sie meist zu viel Alkohol. Das letzte Mal habe sie sich eine Flasche Alkohol besorgt, dann ihrem Sohn geschrieben, dass sie sich Alkohol besorgt habe und genau gewusst, dass er kommen würde, bevor sie mehr getrunken habe. Aber auch diese Krisen seien insgesamt weniger geworden. Sie schaffe es mehrheitlich, positiv zu denken. Das gehe dann meist recht gut und es gelinge ihr auch, sich von negativen Gedanken abzulenken. Nach wie vor sei sie oft traurig, dass die Mutter gestorben sei, dass sie selbst körperlich eingeschränkt sei, mehr leisten möchte, aber körperlich einfach nicht mehr könne. Nach der Arbeit sei sie nach dreieinhalb Stunden einfach müde. Das nerve sie. Manchmal habe sie auch einen schlechten Tag. Dann möchte sie einfach alles vergessen, ihr ganzes Leben vergessen. Früher habe sie sich dann oft hineingesteigert, was jetzt deutlich seltener passiere.



Positiv sei, dass sie es schaffe, sich mit schönen Sachen wie beispielsweise dem Treffen mit ihren Töchtern oder der Physiotherapie von nächster Woche abzulenken. Zur Frage nach dem Alkoholkonsum gab sie an, Alkohol nicht regelmässig zu konsumieren. Benzodiazepine nehme sie zudem nur mehr im äussersten Notfall ein (IV-act. 136-25). Dr. H.\_\_\_\_ ging aus psychiatrischer Sicht davon aus, dass sich der Zustand der Beschwerdeführerin in den letzten Jahren weiter stabilisiert habe. Infolge der frühen und wiederholten Traumatisierungen sei diagnostisch - unverändert zur Voruntersuchung - von einer Typ II Traumatisierung auszugehen. Insgesamt seien die Symptome rückläufig und würden deutlich weniger auftreten als früher. Es sei von einer subsyndromalen Ausprägung auszugehen. Auch bezüglich Suizidalität/Alkoholkonsum wisse die Beschwerdeführerin nun, wie sie damit umgehen müsse. Sie informiere jeweils rechtzeitig ihren Sohn. Hinweise auf einen regelmässigen Alkoholkonsum gebe es nicht. Aktuell nehme sie keine Medikamente mehr (IV-act. 136-6).

**3.3.** Während die psychiatrische Gutachterin bei der Beschwerdeführerin von einer Arbeitsfähigkeit von 70% ausgeht, hält die behandelnde Psychiaterin med. pract. B.\_\_\_\_ dagegen, dass infolge der Wechselwirkungen zwischen der depressiven Störung, der Panikstörung, der PTSD (post-traumatic stress disorder = PTBS) und des Alkoholmissbrauchs der psychische Gesundheitszustand andauernd instabil sei. Daher sei bei dieser schwersttraumatisierten Patientin mit sehr ausgeprägter Leistungsorientierung das jetzige 30%-Pensum optimal an ihr Leiden angepasst. Zudem sei die Rolle des Alkoholkonsums im Gutachten bagatellisiert worden, obwohl schädlicher Gebrauch von Alkohol während allen stationären Aufenthalten festgestellt worden sei. Im Laufe der Behandlung habe sich diese Problematik verschlechtert. Seit dem letzten stationären Aufenthalt im 2019 seien mehrere Krisen auf Grund des exzessiven Konsums von Whisky aufgetreten. Versuche der Behandlung mit Selincro und Campral seien wegen Nebenwirkungen unterbrochen worden. Suchtbehandlung sei ein wesentlicher Teil der jetzigen ambulanten Behandlung (Stellungnahme vom 26. Mai 2020, act. G 1.2). Im Austrittsbericht der Psychiatrie L.\_\_\_\_, Klinik E.\_\_\_\_, vom 11. März 2019 wurden als Nebendiagnose psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch (F10.1), festgehalten. Es wurde bei Eintritt ein Atemalkoholtest durchgeführt, welcher einen Wert von 1.9 Promille zeigte, am zweiten Tag wurde die Beschwerdeführerin allerdings bereits wieder entlassen, nachdem sie körperliche Entzugssymptome verneint habe und sich von Suizidalität klar habe distanzieren können (act. G 1.3). Auch in den Berichten der Psychiatrie L.\_\_\_\_ vom 16. August 2018 (act. G 1.4) und vom 20. Februar 2018 (act. G 1.5) wurde ein schädlicher Gebrauch von Alkohol (F10.1) festgehalten. Hinsichtlich der Hospitalisation vom 7. Juni bis 25. Juli 2018 zeigte sich im Rahmen der Eintrittssituation, dass die



Beschwerdeführerin angegeben hatte, seit mehr als zwei Wochen, vor allem aber seit dem Tod der Mutter an Ostern, den ganzen Tag zu weinen. Sie leide unter depressiver Stimmung, Freud- und Interessenlosigkeit, Antriebsmangel und Gedankenkreisen. Sie habe ein Gefühl der inneren Leere beschrieben, weil sie nicht arbeiten könne, vor allem seit ihre Kinder erwachsen und aus dem Haus seien. Wenn es ihr schlecht gehe, trinke sie gerne Alkohol (bis zu einer Flasche Whisky am Tag, act. G 1.4). Im Bericht der Psychiatrie L. \_\_\_ vom 8. Dezember 2017 über die Hospitalisation vom 13. November bis 2. Dezember 2017 diagnostizierten die behandelnden Ärzte als Nebendiagnose psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (F10.2). Sie sei in Begleitung ihres Sohnes eingetreten, sei bewusstseinseingeengt und unter erheblichem Alkoholeinfluss gestanden (act. G 1.6).

**3.4.** RAD-Arzt Dr. I. \_\_\_ nahm am 3. Juli 2020 dahingehend zu den Einwänden von med. pract. B. \_\_\_ vom 26. Mai 2020 (act. G 1.2) Stellung, als er darin keine neuen medizinischen Erkenntnisse sah, welche nicht schon im Zeitpunkt der Begutachtung vom 13. Dezember 2019 bekannt gewesen seien. Zwar werde von der Behandlerin nach dem zufälligen Kontakt der Beschwerdeführerin mit dem ehemaligen Heimleiter eine zweiwöchige Zustandsverschlechterung beschrieben. Dies gehe jedoch mit dem Krankheitsbild der PTBS sowie der rezidivierenden depressiven Störung einher, bei welchen es im Verlauf immer wieder zu vorübergehenden Krisen und vorübergehenden Verschlechterungen kommen könne, da dies krankheitsimmanent sei und typisch für das beschriebene Störungsbild. Elementar sei aber auch, dass das Kriterium der (stabilen) Dauerhaftigkeit nicht erfüllt sei und es sich jeweils um vorübergehende temporäre Verschlechterungen handle. Dies sei explizit auch dem Schreiben der Behandlerin mit dem klar definierten Zeitraum von zwei Wochen zu entnehmen. Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. H. \_\_\_ seien sowohl die Diagnose einer PTBS, als auch die Diagnosen einer Panikstörung und einer rezidivierenden depressiven Störung erfasst und diskutiert worden. Die Gutachterin habe aber nachvollziehbar eine PTBS, subsyndromal, und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert, neben einer Panikstörung beurteilt (act. G 4.2).

**3.5.** Zum Thema Alkoholkonsum hält Dr. I. \_\_\_ fest, es sei im Rahmen der vorliegenden medizinischen Unterlagen insbesondere auch der medizinischen Berichte der Behandlerin mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin keine eigentliche Abhängigkeitserkrankung gemäss den ICD-10 Kriterien vorliege, sondern maximal ein schädlicher Konsum von Alkohol gemäss ICD-10 F10.1. So habe Dr. H. \_\_\_ explizit festgehalten, es liege aktuell weder eine Alkoholabhängigkeit noch ein schädlicher Gebrauch von Alkohol vor. In Bezug auf



den Konsum von Alkohol seien im Rahmen der durchgeführten gutachterlichen Untersuchung sämtliche alkoholspezifischen Parameter (MCV, GGT, CDT und Ethylglucoronid) negativ gewesen (siehe auch Gutachten IV-act. 136-6, 136-32, 136-50). Es sei ausdrücklich festzuhalten, dass im Rahmen der gutachterlichen Abklärung und der vorliegenden fachärztlichen Berichte inklusive derjenigen der Behandlerin kein Abhängigkeitssyndrom vorliege. Zudem sei während den insgesamt jeweils sehr kurzen stationären Behandlungen festgehalten worden, dass bei der Beschwerdeführerin keine körperlichen Entzugssymptome aufgetreten seien respektive sei über diese nicht berichtet worden, was bei einer manifesten Abhängigkeitserkrankung zu erwarten wäre. Die Aussage von med. pract. B.\_\_\_\_, dass seit dem letzten stationären Aufenthalt 2019 mehrere Krisen auf Grund eines exzessiven Konsums von Whisky aufgetreten seien, sei aus psychiatrischer Sicht gut vereinbar mit der Diagnose eines schädlichen Konsums von Alkohol gemäss den ICD-10-Kriterien respektive eines Missbrauchs von psychotropen Substanzen (ICD-10 Z72.2). Objektiv sei aus psychiatrischer Sicht festzuhalten, dass die Behandlerin hier keine fachärztliche Unterscheidung vornehme zwischen einer Abhängigkeitserkrankung gemäss den ICD-10-Kriterien und einem schädlichen Konsum respektive Missbrauch von psychotropen Substanzen gemäss ICD-10 (act. G 4.2). Hinsichtlich der Laborparameter zur Feststellung eines chronischen Alkoholkonsums führte Dr. I.\_\_\_\_ aus, die einzelnen Parameter seien für sich zwar tatsächlich nicht als alkoholspezifisch anzusehen, jedoch sei in ihrer Kombination sehr wohl eine alkoholspezifische und zuverlässige Aussage möglich. Dies insbesondere in der Kombination von Ethylglucoronid und CDT, da Ethylglucoronid den kurzzeitigen Konsum über Tage abbilde und CDT den Konsum der letzten Wochen. Zur weiteren Erhöhung der Aussagekraft erfolge ergänzend ein Einsatz von weiteren Parametern wie MCV und GGT. Die Aussage der Behandlerin, dass die Sensitivität des CDT-Wertes als Alkoholmarker bei Frauen geringer sei, impliziere keinesfalls, dass eine CDT-Bestimmung bei Frauen nicht anwendbar und generell nicht aussagekräftig sei. Dies sei aus medizinischer Sicht keinesfalls zutreffend, insbesondere nicht in der Kombination von mehreren abgenommenen und bestimmten Parametern (act. G 16.1). Diese Ausführungen erscheinen nachvollziehbar begründet und stimmen mit den Laboranalysen vom 18. Dezember 2019 überein (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 9. Mai 2018, 9C\_899/2017, E. 4.1). Etwas ausführlicher hatte Dr. H.\_\_\_\_ bereits im Gutachten vom 10. September 2016 ausgeführt, dass die damaligen Laborparameter auf einen Konsum von Alkohol ein bis drei Tage vor der Untersuchung hingewiesen hätten. Auf Grund des unauffälligen CDT-Wertes ging sie bereits damals aber nicht von einem chronischen Alkoholkonsum aus (IV-act. 88-40). Somit ist zwar nicht auszuschliessen, dass die Beschwerdeführerin ihren Alkoholkonsum im Rahmen der



Begutachtung heruntergespielt haben mag, auf Grund der Laborbefunde wie auch gestützt auf die übrigen Akten und die gutachterlich erhobene Anamnese kann insgesamt aber trotzdem nicht von mehr als einem schädlichen Konsum von Alkohol (ICD-10 F10.1) ausgegangen werden.

**3.6.** Während die behandelnde Ärztin von einer Verschlechterung des Gesundheitszustands ausging, hielt Dr. H.\_\_\_\_ fest, dass sich dieser im Vergleich zur Untersuchung von 2016 auf psychiatrischer Ebene tendenziell leicht verbessert habe. Sie ging davon aus, dass sich die aufgenommene Tätigkeit stabilisierend auf die Gesundheit der Beschwerdeführerin auswirke (IV-act. 136-29). Dr. I.\_\_\_\_ wies diesbezüglich auf die Tatsache hin, dass die Behandlerin ihre Einschätzung als Therapeutin auf das bio-psychosoziale Modell abstütze, wohingegen die Einschätzung der begutachtenden Person aus versicherungsmedizinischer Sicht keine krankheitsfremden Faktoren berücksichtige und insgesamt als neutraler einzuschätzen sei (act. G 4.2). Diesbezüglich ist mit Dr. I.\_\_\_\_ festzuhalten, dass die Gutachterin bzw. der Gutachter ihre Untersuchungen "unbelastet", d.h. ohne jahrelange Konfrontation mit der Not ihrer Patienten angehen und die weitere Dokumentation anderer involvierter Ärzte und Therapeuten beiziehen können (vgl. act. G 4.2).

**3.7.** Schliesslich beurteilt Dr. I.\_\_\_\_ in seiner im Rahmen des Beschwerdeverfahrens abgegebenen Stellungnahme vom 3. Juli 2020 die gemäss med. pract. B.\_\_\_\_ stattfindende ambulante psychiatrische Behandlung auf Grund des in ihrem Bericht beschriebenen psychiatrischen Zustandsbildes als widersprüchlich und unzureichend. So hätten bei der Beschwerdeführerin gemäss Aktenlagen von Februar 2020 bis Ende Juli 2020 nur drei ambulante Behandlungen stattgefunden. Dies erscheine selbst unter der Sondersituation der Covid-19-Pandemie keinesfalls plausibel. Gemäss Akten sei der letzte Termin bei der Behandlerin am 19. Mai 2020 erfolgt und der nächste für den 23. Juli 2020 terminiert worden, also zwei Monate später. Dieses Behandlungssetting widerspreche den inhaltlichen Darstellungen der Behandlerin, sei aber auf der anderen Seite sehr gut vereinbar mit den gutachterlichen Feststellungen hinsichtlich Diagnosen und insbesondere Funktionseinschränkungen auf psychiatrischer Ebene (act. G 4.2). Auch diese Ausführungen des RAD-Arztes erscheinen schlüssig. Demzufolge konnten sämtliche medizinischen Argumente, welche die Beweiskraft des Gutachtens vom 11. Januar 2020 in Frage stellten, widerlegt werden. Dass Dr. H.\_\_\_\_ im Übrigen festgehalten hatte, die Beschwerdeführerin arbeite aktuell etwa 40 bis 50% (vgl. IV-act. 136-26) und nicht wie tatsächlich eher 30% ist demgegenüber nicht relevant für ihre Einschätzung einer aus psychiatrischer Sicht möglichen Arbeitsfähigkeit von 70% als Hilfskraft in der Kantine oder in einer anderen adaptierten Tätigkeit. Denn entgegen der



Ansicht der Beschwerdeführerin ist nicht ihr tatsächlich ausgeübtes Pensum massgebend, sondern die medizin-theoretisch gutachterlich beweiskräftig festgelegte Arbeitsfähigkeit.

**3.8.** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das bidisziplinäre Gutachten in Kenntnis der Vorakten, insbesondere der Berichte der behandelnden Psychiaterin sowie der Austrittsberichte über die jeweiligen stationären Aufenthalte in der psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_ erstellt wurde. Die Gutachter untersuchten die Beschwerdeführerin persönlich und berücksichtigten nebst den klinischen Befunden die geklagten Beschwerden. Das Gutachten ist umfassend und die medizinische Beurteilung einleuchtend; namentlich ist die Arbeitsfähigkeitsschätzung nachvollziehbar begründet. Die im Beschwerdeverfahren eingereichten medizinischen Stellungnahmen der behandelnden Psychiaterin bringen keine wesentlichen Aspekte vor, welche von der psychiatrischen Gutachterin nicht berücksichtigt worden wären, und vermögen daher keine ernsthaften Zweifel an den Ergebnissen der Begutachtung zu wecken. Folglich ist das Gutachten beweiskräftig und es kann darauf abgestellt werden.

#### 4.

**4.1.** Ausgehend von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit sind die erwerblichen Auswirkungen der Leistungsbeeinträchtigung zu prüfen. Dabei ist der Invaliditätsgrad anhand eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. Art. 16 ATSG i.V.m. Art. 28a Abs. 1 IVG).

**4.2.** In der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin sowohl für das Validen- als auch für das Invalideneinkommen auf denselben Tabellenlohn der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik abgestellt (vgl. IV-act. 139), was angesichts des beruflichen Werdegangs der Beschwerdeführerin nicht zu beanstanden ist. Da demnach beiden Vergleichseinkommen dieselbe Lohnbasis zu Grunde zu legen ist, kann der Einkommensvergleich anhand eines sogenannten Prozentvergleichs durchgeführt werden. Dabei entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, allenfalls unter Berücksichtigung eines Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 10. April 2017, 9C\_804/2016, E. 2.2 mit Hinweis; zum Tabellenlohnabzug vgl. BGE 126 V 75). Gründe, die einen Tabellenlohnabzug rechtfertigen würden, werden weder von der Beschwerdeführerin geltend gemacht, noch sind sie vorliegend ersichtlich. Folglich resultiert im Rahmen des Prozentvergleichs ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 30%.

**4.3.** Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint. Es ist der Beschwerdeführerin grundsätzlich



jederzeit unbenommen, eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustands im Rahmen einer Wiederanmeldung geltend zu machen.

### 5.

**5.1.** Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen die Verfügung vom 30. April 2020 abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist sie von der Bezahlung zu befreien.

**5.2.** Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt worden ist, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

#### 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

#### 2.

Die Beschwerdeführerin wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in Höhe von Fr. 600.-- zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit.