

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/191 vom 23. Januar 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-01-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_191

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/191 du 23 janvier 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/191 del 23 gennaio 2020

Regeste

Differenz zwischen den Ergebnissen eines bidisziplinären Gutachtens und der Berichte behandelnder Ärzte bei erheblichen und dominierenden psychosozialen Belastungsfaktoren der versicherten Person (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. Januar 2020, IV 2017/191).

Volltext

Entscheid vom 23. Januar 2020 Besetzung Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Monika Gehrler-Hug und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Fides Hautle Geschäftsnr. IV 2017/191 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Advokat Nicolai Fullin, indemnis Rechtsanwälte, Rain 63, 5000 Aarau, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich am 6. August 2009 (IV-act. 7) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Sie sei gelernte _____. Seit 1993 leide sie an einer Depression. Zuletzt sei sie seit Oktober 2008 als Pflegehelferin angestellt und übe daneben (seit 2002) zu 5 % eine Reinigungstätigkeit aus. - Dr. med. B.____, FMH Allgemeine Medizin, gab am 25. September 2009 (IV-act. 10) als Diagnosen der Versicherten eine mittelgradige depressive Episode vor dem Hintergrund einer narzisstischen Selbststörung und rezidivierende Rückenbeschwerden mit St. n. lumboradikulärem Schmerzsyndrom L5 rechts, Diskusprotrusionen L4/5 und L5/S1, mehrsegmentalen Spondylarthrosen sowie Osteochondrose L5/S1 an. - Die genannte psychiatrische Diagnose hatte die Klinik L.____ in einem Austrittsbericht vom 21. Mai 2007 (IV-act. 10-14 f.) über einen Aufenthalt der Versicherten vom 6. März 2007 bis 15. Mai 2007 gestellt. Die Klinik hatte damals erwähnt, es sei frühestens auf Anfang Juni 2007 eine sukzessive Wiederaufnahme der beruflichen Teilzeittätigkeit geplant (keine neuen Angaben im Arztbericht vom 26. Januar 2010, IV-act. 23). - Dr. med. C.____, Spezialärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, gab im Arztbericht vom 5. Oktober 2009 (IV-act. 13) an, die Versicherte sei als M.____-helferin im Mai 2007 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen und sei seit 4. Juli 2009 und bis auf weiteres zu 80 % (IV-act. 13-3) arbeitsunfähig, zurzeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von zwischen 20 und 50 % im Erwerbsbereich und von 50 % im Haushaltbereich. Auf längere Sicht betrage sie im Erwerbsbereich wahrscheinlich zwischen 40 und 50 % (IV-act. 13-4). - Aufgrund einer Abklärung der Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt vom 9. Dezember 2009 (IV-act. 24) wurde angenommen, die Versicherte wäre ohne Gesundheitsschaden mit grösstmöglicher Wahrscheinlichkeit voll erwerbstätig (IV-act. 25-4). - Mit Verfügung vom 15. September 2010 (IV-act. 33) sprach ihr die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons N.____ bei einem Invaliditätsgrad von 55 % (bei Arbeitsfähigkeit von 45 % in der angestammten und einer adaptierten Tätigkeit,

vgl. IV-act. 28-1) ab 1. Februar 2010 eine halbe Rente (samt Kinderrenten) zu. Anlässlich einer auf Februar 2011 vorgesehenen (IV-act. 27) Revision erklärte die Versicherte, nach einem Klinikaufenthalt sei sie wieder auf dem Stand wie bei der letzten IV-Abklärung (IV-act. 41). Gemäss Austrittsbericht der Klinik L.____ vom 16. Februar 2011 (IV-act. 39) war die Versicherte vom 1. November 2010 bis 10. Februar 2011 zum zweiten Mal dort hospitalisiert gewesen. Diagnostiziert worden war eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom. - Dr. C.____ berichtete am 26. April 2011 (IV-act. 46), die Versicherte habe sich 2010 bei diversen Belastungen zunehmend überfordert und völlig erschöpft gefühlt, sich sozial zurückgezogen und ihre Wohnung schliesslich nicht mehr verlassen können. Sie sei zunehmend aggressiv geworden. Ab 1. Oktober 2010 sei sie voll arbeitsunfähig geschrieben worden. Seit dem 15. Februar 2011 sei sie noch zu 60 % arbeitsunfähig. - Gemäss Mitteilung vom 3. Juni 2011 (IV-act. 49) blieb es bei der bisherigen Rente. Am 21. September 2011 (IV-act. 59) füllte die Versicherte im Sinn eines Anpassungsgesuchs eine neue Anmeldung aus und gab an, es bestünden seit 22. August 2011 Rückenschmerzen, stärker im Brustbereich. In den Monaten September bis November 2011 wurden in der Klinik O.____ MRs von BWS/Rippenthorax, LWS, Schulter rechts und Knie rechts erstellt (IV-act. 56). Die Uniklinik Balgrist gab im Bericht vom 25. Januar 2012 (IV-act. 68) an, es bestünden ein Schulter-impingement subacromial bds. mit Biceps-Tendinopathie und Vd. a. Läsion des M. supraspinatus rechts. - Die Versicherte beantragte am 15. März 2012 eine Umschulung in eine Bürotätigkeit (IV-act. 71) und die IV-Berufsberatung erachtete am 25. April 2012 für sie als sinnvoll, einen entsprechenden Arbeitsplatz zu suchen und berufsbegleitend die Schule zu besuchen (IV-act. 75). - Am 22. März 2012 (Fremd-act. 2-50 ff.) hatte Dr. med. D.____, FMH Innere Medizin, spez. Rheumatologie, der beratende Arzt einer Krankentaggeldversicherung, über eine konsiliarische Untersuchung berichtet. Es bestehe eine 2-Etagen-Problematik. Die Versicherte leide an einer radikulären L5-Reizsymptomatik links bei Diskushernie mediolateral links L4/L5 mit Kontakt zur Nervenwurzel L5 links ohne sensomotorische Ausfälle und Status nach diskretem thorakolumbalem Morbus Scheuermann sowie an einer Impingementproblematik am rechten Schultergelenk bei mässiggradiger osteophytenbildender AC-Gelenksarthrose rechts. Auf beiden Etagen handle es sich zwar um moderate Befunde, doch sei die Tätigkeit als M.____-Mitarbeiterin mit einem 45 %-Pensum (und Aufteilung in 80 % personenbezogener und 20 % haushaltbezogener Leistung) für das lumbale Achsenskelett und die rechte Schulterregion zu anstrengend. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit wäre bereits eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bezogen auf ein volles Pensum zumutbar. Die Spontanbewegungsabläufe seien ohne grosse Einschränkung möglich und man beobachte kaum ein Schonverhalten. Die Therapie sei nicht ausgeschöpft. Es stehe noch ein Arthro-MRI aus; die Situation sei noch nicht abschliessend beurteilbar. - Nach dem Arthro-MRI der Schulter vom 9. Mai 2012, das gemäss Radiologie eine flache, 20 %-ige Partialruptur der Supraspinatussehne und Zeichen der Bizepssehnen-Tendinopathie ergeben hatte (IV-act. 77-2), und nach subacromialen Infiltrationen beider Schultergelenke berichtete die Uniklinik Balgrist dem betreffenden Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der Invalidenversicherung am 10. Mai 2012 (IV-act. 78), es habe sich eine leicht tendinopathisch veränderte Supraspinatussehne, aber ohne Ruptur, gezeigt. Da die Versicherte statt weiterer Infiltrationen eine definitive Lösung wünsche, sei eine diagnostische Schulter-Arthroskopie mit ggf. Biceps-Tenodese geplant. - Am 28. Juni 2012 hielt die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons N.____ fest, die

Versicherte fühle sich zu beruflichen Massnahmen nicht mehr in der Lage (IV-act. 80), und erliess eine entsprechende Mitteilung (IV-act. 81). Das Kantonsspital P.____ erklärte am 5. Juli 2012 (IV-act. 82), seit zwei bis drei Wochen schränkten die Versicherte (mehr als die AC-Arthropathie und das subacromiale Impingement) massive Nackenschmerzen mit intermittierend Lähmungserscheinungen im Bereich der Finger ein. - Dr. med. E.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, wies die Versicherte mit Schreiben vom 27. September 2012 (IV-act. 85) wegen unklarer Gefühlsstörungen und Schwächezuständen des rechten Arms bei psychosozialer Belastungssituation und inkonsistenten klinischen Zeichen für eine fragliche PHS rechts zur neurologischen Abklärung weiter. Am 5. November 2012 (IV-act. 89-9 ff., vgl. auch IV-act. 89) berichtete Dr. med. F.____, Spezialarzt für Neurologie FMH, Dr. E.____, er könne die intermittierenden Schmerzen und Parästhesien im Bereich des rechten Armes der Versicherten diagnostisch auch nicht näher definieren. Von der Klinik her liege kein spezifisch einem Nerven oder einer Wurzel zuzuordnender Ausfall vor. Neurographisch gebe es keine Hinweise auf ein lokales Entrapment. Das HWS-MRI sei weitgehend normal ausgefallen. - Dr. E.____ erklärte im IV-Arztbericht vom 9. November 2012 (IV-act. 90-8), die Sachlage sei ihm nicht klar. - Ein bidisziplinäres (rheumatologisches und psychiatrisches Gutachten von Dr. med. G.____ und [...] Dr. med. H.____ vom 23. Februar 2013 (IV-act. 93) ergab gemäss Zusammenfassung (IV-act. 93-50), dass (verkürzt wiedergegeben) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert, ein lumbospondylogenes Syndrom rechts mehr als links und Schulterschmerzen rechts mehr als links von Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien. Rheumatologisch war unter anderem eine Fibromyalgie als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit angenommen worden (vgl. IV-act. 93-43), psychiatrisch waren eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und Probleme in der Beziehung zum Partner als solche Diagnosen genannt worden (vgl. IV-act. 93-72). Die Versicherte sei in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % ganztags arbeitsfähig. Ab 1. November 2010 sei sie bis zum 20. Februar 2011 (sc. aus psychiatrischen Gründen) in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig und hernach bis zum 26. April 2011 zu 60 % arbeitsunfähig gewesen. Der Verlauf ab Mai 2011 (bis zur Begutachtung) könne mangels Dokumentation nicht sicher angegeben werden. - Mit Verfügung vom 30. April 2013 (IV-act. 124) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons N.____ die Ausrichtung der Rente wegen einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten anpassungsweise ein. Es liege noch ein Invaliditätsgrad von 10 % vor. - Auf eine Beschwerde (sie liegt soweit ersichtlich nicht bei den Akten) trat das Sozialversicherungsgericht des Kantons N.____ am 18. Juni 2013 nicht ein (IV-act. 103). - Dr. C.____ hatte in einem ärztlichen Zeugnis vom 9. Mai 2013 (IV-act. 99) aber erklärt, es bestehe bei der Versicherten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, vor dem Hintergrund einer narzisstischen Selbststörung. Wegen ihrer starken Schmerzen habe ihr Hausarzt die Versicherte als M.____-Pflegerin voll arbeitsunfähig geschrieben und eine Anmeldung bei der Invalidenversicherung mit dem Ziel einer beruflichen Neuorientierung in die Wege geleitet. Die Versicherte habe die Stelle verloren, sei in eine prekäre soziale Lage gestürzt und habe sich massiv verschuldet. Und nun habe die Invalidenversicherung eine berufliche Wiedereingliederung abgelehnt und die bisherige Rente aufgehoben. Unter dieser psychosozialen Belastung entgleise die Versicherte, klage über quälende Existenz- und Zukunftsängste. Zeitweise leide sie unter Schlaflosigkeit. Die Schmerzen und die depressive Verstimmung würden sich gegenseitig negativ beeinflussen. Es werde eine erneute psychiatrische Hospitalisation eingeleitet. Zurzeit sei die Versicherte voll

arbeitsunfähig. Am 19./26. September 2013 meldete sich die Versicherte im Kanton Q.____ neu an (IV-act. 104). Die IV-Stelle trat mit Verfügung vom 3. Dezember 2013 (IV-act. 116) auf die Neuanschreibung nicht ein. Am 6./11. November 2014 (IV-act. 117) stellte die Versicherte wiederum ein neues Gesuch, nunmehr an die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen. Sie leide seit 2001 an Depressionen und Schmerzen. Seit dem 28. Juli 2014 sei sie voll arbeitsunfähig. Mit einem Schreiben vom 21. September 2014 (IV-act. 118) hatte Dr. C.____ sie an die Tagesklinik R.____ überwiesen, weil sie unter ihrer psychosozialen Belastungssituation entgleise, ihre Wohnung kaum verlasse, Begegnungen vermeide und (unter anderem) an Schmerzen und Ängsten leide. Bald nach Aufnahme einer Arbeit zu 60 % im März 2014 habe sie sich überfordert gefühlt. - Am 30. November 2014 (Fremd-act. 4-19 f.) bestätigte Dr. C.____ einer Krankentaggeldversicherung, die Versicherte fühle sich seit Juni 2014 überfordert, habe begonnen, an Kraftlosigkeit und multiplen körperlichen Schmerzen zu leiden, sei ungeduldig und zunehmend gereizt geworden. Seit 31. August 2014 sei sie voll arbeitsunfähig. Sie habe die Wohnung während Wochen nicht mehr verlassen und habe - weil sie eine schwer zu bändigende Aggression gegen sich in sich gespürt habe - Angst gehabt, Mitmenschen zu begegnen. Sie könne vereinzelt Begegnungen aushalten, leide aber stark an einer Rückzugstendenz und sei deswegen zunehmend sozial isoliert. Die Versicherte befinde sich seit 2001 in ihrer ambulanten Behandlung. - In ihrem IV-Arztbericht vom 6. April 2015 (IV-act. 150, Beiblatt von 2011) erklärte Dr. C.____, es bestünden bei der Versicherten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom, und akzentuierte Persönlichkeitszüge mit emotional instabilen Anteilen, und zwar seit Jahren bzw. seit August 2014. Seit dem 31. Oktober 2014 sei sie voll arbeitsunfähig. Eine Beschäftigung im Pflegebereich sei kontraindiziert; die Kontaktfähigkeit zu Dritten sei herabgesetzt und die Versicherte neige in der akuten Phase der depressiven Störung zur Reizbarkeit und zu schwer zu bändigenden Aggressionen. Es mangle zudem an Durchhaltefähigkeit und an der Fähigkeit zum Vorausplanen, was beides in Pflegeberufen äusserst wichtig sei. Nachdem der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung die volle Arbeitsunfähigkeit für vorläufig nachvollziehbar gehalten hatte (IV-act. 152), wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen am 14. April 2015 einen Anspruch auf berufliche Massnahmen ab (IV-act. 155). Dr. med. I.____, Allgemeine Innere Medizin FMH (behandelnd seit 15. Januar 2014), berichtete im Arztbericht vom 25. Mai 2015 (IV-act. 160) von einem rezidivierenden akuten lumbovertebralen Schmerzsyndrom der Versicherten, nicht weiter abgeklärt. Die Versicherte habe ihn seit 15. Januar 2014 wiederholt wegen Schmerzen aufgesucht, die vom Bewegungsapparat ausgingen. Am 25. Juli 2014 sei, ausgelöst durch eine Überlastungssymptomatik, eine depressive Episode mit somatischen Symptomen aufgetreten. Am ____ September 2014 habe die Versicherte einen Unfall mit Kontusion des linken Vorfusses erlitten. Die Mithilfe in der Pflege alter Menschen dürfte aus körperlichen Gründen keine für die Versicherte adaptierte Tätigkeit sein. - Dr. med. J.____, Allgemeine Innere Medizin FMH (behandelnd seit 20. Januar 2016), gab im IV-Arztbericht vom 7. April 2016 (Eingangsdatum, IV-act. 177) an, die Versicherte sei vom 14. bis 15. November 2015 in der Klinik S.____ gewesen. Sie habe immer wieder Schmerzen im Rücken und in der Schulter und ausserdem Existenzängste. Es bestünden keine Einschränkungen körperlicher, geistiger oder psychischer Art. Die bisherige Tätigkeit sei der Versicherten voll zumutbar. Der Arzt stellte die Frage, ob ein Rentenbegehren vorliege (IV-act. 177-3). - Die Klinik S.____ gab im Austrittsbericht vom 24. November

2015 (IV-act. 180) an, die Versicherte sei nach einer notfallmässigen Konsultation im Spital T.____ aufgrund einer Krisensituation mit depressiver Symptomatik zugewiesen worden. Es liege eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome vor, DD bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome. Unter anderem wurde ein St. n. Mischintoxikation in suizidaler Absicht erwähnt, mit Hospitalisation im Spital U.____ im Juni 2015. Dr. C.____ gab im Arztbericht vom 12. April 2016 (IV-act. 181) an, der Gesundheitszustand der Versicherten sei stationär, der Verlauf sehr ungünstig. Es bestünden starke Zukunftsängste und Hoffnungslosigkeit. Die Versicherte sei durch eine chronische Erkrankung des Ehemannes privat zusätzlich belastet worden. Die bisherige Tätigkeit sei unmöglich geworden, ob eine andere Tätigkeit zumutbar sei, sei unklar. Am 19. Juli 2016 (IV-act. 191) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle der Versicherten mit, sie sehe eine bidisziplinäre Verlaufsuntersuchung vor. - Am 26. August 2016 (IV-act. 196) teilte die Versicherte mit, sie werde am 31. August 2016 an der LWS (Höhe 4/5) operiert werden. Am 3. Oktober 2016 (IV-act. 199, bidisziplinäre Zusammenfassung IV-act. 199-1 bis 5) erstatteten [...] Dr. med. H.____ und Dr. med. K.____ ihr bidisziplinäres (psychiatrisches und orthopädisch-traumatologisches) Gutachten. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bezeichneten sie bidisziplinär (erstens) ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom ohne Radikulopathie mit kleiner mediolateraler Diskushernie L4/5 sowie L5/S1, Osteochondrose im Segment L5/S1, Facettengelenksarthrose betont von L3 bis S1 beidseits und ein Status nach mikrochirurgischer Diskektomie im Segment L4/5 und Foraminotomie L5 links am 31.08.2016, (zweitens) eine Belastungseinschränkung im Bereich des rechten Schultergelenks bei beginnender AC-Gelenksarthrose und Tendinopathie der langen Bizepssehne und (drittens) eine Agoraphobie ohne Panikstörung. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine Endgliedamputation im Bereich des rechten Zeigefingerendgliedes, gegenwärtig ohne Beschwerdevortrag und ohne Funktionseinschränkung, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert, bei Problemen in der Beziehung zum Ehepartner, in Verbindung mit Wohnbedingungen und ökonomischen Verhältnissen, in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit und durch negative Kindheitserlebnisse und bei ungenügender familiärer Unterstützung. Sehe man von den beklagten agoraphobischen Ängsten ab, so bestehe im Vergleich zur Referenzsituation ein im Wesentlichen unveränderter psychischer Gesundheitszustand. Die agoraphobischen Symptome habe die Versicherte erstmals bei der Begutachtung vorgetragen; sie seien in den zahlreichen Berichten der behandelnden Psychiaterin nicht dokumentiert. Die psychosoziale Situation habe sich weiter zugespitzt; ohne die psychosozialen Probleme, welche das Bild dominierten, wäre die Psychopathologie bland. In der zuletzt ausgeübten und in adaptierter Tätigkeit sei die Versicherte (psychiatrisch gesehen) voll arbeitsfähig (dass die Tätigkeit nicht in geschlossenen Räumen erfolgen sollte, tangiere das Leistungsprofil in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit nicht). Auch orthopädisch sei der Sachverhalt im Vergleich zur Referenzbegutachtung als im Wesentlichen unverändert einzustufen. Der orthopädischen Beurteilung (der Arbeitsfähigkeit) sei zu folgen, da auf psychiatrischem Fachgebiet keine Arbeitsunfähigkeit vorliege. Aus orthopädischer Sicht sei die Versicherte für mehr als gelegentlich mittelschwere körperliche Arbeiten mit Körperposition überwiegend im Stehen und Gehen - darunter die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Pflegehelferin, seit November 2011 - nicht mehr arbeitsfähig. Ausserdem

beständen diverse Einschränkungen (etwa betreffend Heben und Tragen von Lasten, repetitive stereotype Bewegungsabläufe, repetitive kraftvolle Drehbewegungen des rechten Armes auf Schulterhöhe; im Einzelnen IV-act. 199-3 f.). Unter Einhaltung der erwähnten qualitativen Schonkriterien sei der Versicherten eine behinderungsangepasste, überwiegend im Sitzen zu verrichtende und intermittierend wechselnd (sitzend und stehend) belastende Tätigkeit quantitativ bei vollem Pensum unlimitiert (100 %) zumutbar. In einer adaptierten Tätigkeit habe von 2009 bis 31. August 2016 keine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden. Für die Zeit seit der damaligen Operation (31. August 2016) bestehe für die angestammte wie eine adaptierte Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit. Es sei davon auszugehen, dass die Versicherte nach einer postoperativen Rekonvaleszenzzeit von ca. drei bis sechs Monaten unter geeigneten rehabilitativen Massnahmen in der Lage sei, sukzessiv in eine adaptierte Tätigkeit integriert zu werden (vgl. IV-act. 199-2 ff.). Am 14. November 2016 ging ein Bericht der O.____ Klinik P.____ vom 7. November 2016 (IV-act. 203) über Untersuchungen vom 4. und vom 8. November 2016 ein. Danach lag klinisch eine Peroneusparese rechts vor. Elektroneurographisch liessen sich eine Leitungsverzögerung und partielle -blockierung am Fibulaköpfchen lokalisieren, elektromyographisch zeige sich bereits eine pathologische Spontanaktivität als Hinweis auf eine schwerere Schädigung des Nervs mit Unterbrechung von Axonen. Bildgebend seien keine intrinsischen Veränderungen am Nerv zu beobachten. Die Weichteilschwellung im Bereich des Fibulaköpfchens könnte aber auf eine chronische Drucksituation hindeuten. - Der RAD hielt am 4. Januar 2017 (IV-act. 205) fest, daraus ergebe sich keine weitere funktionelle Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Mit Vorbescheid vom 16. Januar 2017 (IV-act. 210) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen der Versicherten mit, ihr Gesuch um Rentenleistungen werde abgewiesen, da sich ihr Gesundheitszustand seit der Verfügung vom 30. April 2013 nicht erheblich verändert habe. - Am 9. März 2017 (IV-act. 218) wandte die Versicherte ein, sie sei auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit nicht voll arbeitsfähig. Sie verweise auf die beigelegten Berichte von Dr. C.____ und des Ambulatoriums (der Psychiatrischen Dienste) V.____ (W.____). Der im Ambulatorium behandelnde Psychologe habe bei ihr als neue Diagnose den Verdacht auf eine Traumafolgestörung gestellt; diese Diagnose werde weiter abgeklärt. Sie weise auf die Diagnose einer Agoraphobie hin. Mit dieser Diagnose sei es ihr nicht möglich, mit vollem Pensum zu arbeiten. Sie bemühe sich weiterhin um Arbeit im Teilpensum. Zurzeit habe sie drei kleine Reinigungsstellen, was in etwa ihrer Leistungsfähigkeit entspreche. Sie sei bereit für eine berufliche Eingliederung, doch sei verständlich, dass sie mit ihren Erkrankungen nicht sofort voll einsteigen könnte. Ihr Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung sei nochmals zu prüfen, zumindest seien noch die Ergebnisse der weiteren diagnostischen Abklärung und Behandlung bei den W.____ abzuwarten. - Dr. C.____ hatte am 11. Februar 2017 (IV-act. 218-2) festgehalten, die seit Jahren in wechselnder Schwere bestehende rezidivierende depressive Störung könne gegenwärtig nicht ganz remittiert sein. Die langdauernden depressiven Episoden, die in der Vergangenheit zu wiederholten Klinik-Aufenthalten geführt hätten, und die Ausgrenzung aus einer persönlich stabilisierenden Arbeitswelt habe die Versicherte in ihren Ressourcen erschüttert. Entgegen der gutachterlichen Sicht bestehe keine volle Arbeitsfähigkeit, auch nicht, wenn man die psychosoziale Beeinträchtigung ausser Acht liesse. - Die Psychiatrischen Dienste V.____ hatten am 9. März 2017 (IV-act. 219) in einem ärztlichen Verlaufsbericht (nach zwei Konsultationen; ab 13. Februar 2017) erklärt, es lägen die bekannte rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und die Agoraphobie ohne

Panikstörung vor. Differenzialdiagnostisch könnte eine bipolare Störung II erwogen werden. Zusätzlich könne eine Komorbidität in Form einer Traumafolgerkrankung aufgrund von Gewalterfahrungen in der Kindheit und Jugend angenommen werden. Die Versicherte sei in ihrer Verkehrs-, Gruppen- und Durchhaltefähigkeit und in der Fähigkeit zur Selbstpflege eingeschränkt und partiell assistenzbedürftig. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit an ihrem gegenwärtigen Arbeitsplatz werde auf maximal 40 % geschätzt. - Der RAD hielt am 10. April 2017 (IV-act. 220) fest, am Stellenwert des Gutachtens vom 3. Oktober 2016 ändere sich nichts. Da sich die Beurteilungen nicht auf mechanistische Quantifizierungen stützen liessen, seien die Ergebnisse in gewissem Grad vom individuellen Ermessen der Ärzte abhängig. Im psychopathologischen Befund nach AMDP habe das Behandlungsteam der W.____ auf eine Quantifizierung des Schweregrades der als pathologisch beschriebenen Parameter verzichtet. Im Muster hätten sich keine grundsätzlichen Abweichungen zum Befund bei der Begutachtung abgezeichnet. Die festgestellte Affektinkontinenz werde in ihrem Kontrast zum freundlichen und zugewandten, leicht verschlossenen Sozialkontakt und im Kontrast zur unauffälligen Psychomotorik weder qualitativ noch quantitativ erläutert. Das Ergebnis der W.____ sei ähnlich wie jenes von Dr. C.____ vom April 2016 (vor der Begutachtung). Mit Verfügung vom 10. April 2017 (IV-act. 221) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen das Leistungsgesuch der Versicherten vom November 2014 mit Bezug auf Rentenleistungen ab. Gegen diese Verfügung richtet sich die von Advokat Nicolai Fullin für die Betroffene am 22. Mai 2017 erhobene Beschwerde. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei eine Invalidenrente nach den gesetzlichen Bestimmungen zu entrichten, eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit durchzuführen und sei danach über den Rentenanspruch zu entscheiden. Die Beschwerdegegnerin begründe die Ablehnung einer Rente mit der theoretischen Möglichkeit der Beschwerdeführerin, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Sie stelle sich auf den Standpunkt, deren Arbeitsfähigkeit sei gemäss dem Gutachten [hier nach interdisziplinärem Konsens datiert] vom 3. Oktober 2016 im Moment nicht wesentlich eingeschränkt. Streitig sei demnach, ob die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin inzwischen wieder so stark eingeschränkt sei, dass das rentenwirksam wäre. Damit ein erneuter Rentenanspruch entstehen könne, müsse sich ihr Gesundheitszustand seit der Einstellungsverfügung vom 30. April 2013 erheblich verschlechtert haben. Für jenen Entscheid sei das Gutachten [hier nach interdisziplinärem Konsens datiert] vom 23. Februar 2013 Grundlage gewesen. Dass im jüngeren Gutachten eine Agoraphobie ohne Panikstörung erwähnt werde, müsse als neu bzw. als Veränderung des Gesundheitszustands gewertet werden. Deshalb habe eine Neuprüfung der Arbeitsfähigkeit stattzufinden. Dem psychiatrischen Teilgutachten liege insbesondere die Fiktion zugrunde, dass die sozialpsychiatrischen Belastungsfaktoren ausgeklammert werden könnten. Der Gutachter gehe somit nicht vom bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell aus, das in der modernen Medizin heute gelte und auch von der WHO aufgegriffen werde. Das ATSG gehe gemäss dem Kommentar (von Ueli Kieser, ATSG, 3. A., Rz 8 zu Art. 6) in den Art. 3 und 6 von diesem Krankheitsmodell aus. Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren könnten sich gemäss konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung mittelbar (nicht direkt oder unmittelbar, aber indirekt oder teilkausal) invaliditätsbegründend auswirken, wenn sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhielten oder den Wirkungsgrad der Folgen eines Gesundheitsschadens verschlimmert, der unabhängig von den invaliditätsfremden

Elementen bestehe. Der für Rentenleistungen der Invalidenversicherung geltende enge Begriff des Gesundheitsschadens klammere Wechselwirkungen von Psyche, Soma und sozialem Umfeld nur insoweit aus, als es darum gehe, die für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit kausalen versicherten Faktoren zu umschreiben. Soweit ein verselbständigter Gesundheitsschaden im Rechtssinn gegeben sei, sei für dessen Anspruchserheblichkeit nicht bedeutsam, ob soziale Umstände bei seiner Entstehung eine massgebende Rolle gespielt hätten. Einer lege artis diagnostizierten psychischen Krankheit könne der invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale oder soziokulturelle Belastungssituation abgesprochen werden. Das Bundesgericht wolle also ausschliessen, dass allein aufgrund psychosozialer und soziokultureller Faktoren direkt auf das Vorliegen einer Gesundheitsstörung geschlossen werde, ohne dass eine lege artis diagnostizierte dauernde und erhebliche Gesundheitsstörung mit Krankheitswert und entsprechenden funktionellen Einschränkungen vorliege. Das klinische Beschwerdebild dürfe somit nicht einzig in Beeinträchtigungen bestehen, die von den belasteten soziokulturellen Faktoren herrührten, sondern habe davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen, beispielsweise eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinn oder einen damit vergleichbaren Leidenszustand. Aufgabe des medizinischen Gutachters bleibe es aber, den Gesundheitsschaden nach rein medizinischen Grundsätzen zu beurteilen, was einschliesse, dies nach dem in der Medizin geltenden bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodell zu tun. Der Gutachter [...] H.____ habe seiner Beurteilung stattdessen, wie er offengelegt habe, das "verrechtlichte" bio-psychische Gesundheitsmodell zugrunde gelegt. Er habe zwar erwähnt, dass sämtliche Bewertungen auf medizinisch-theoretischer Grundlage geschehen seien und keine rechtlichen Aspekte implizierten, in der Folge habe er indessen eine "nichtmedizinische" Ausscheidung von soziokulturellen Faktoren vorgenommen. Dr. C.____ bringe es in ihrer Stellungnahme vom 11. Februar 2017 auf den Punkt, wenn sie anführe, die langjährige, in wechselnder Schwere bestehende rezidivierende depressive Störung der Beschwerdeführerin könne nicht ganz remittiert sein. Die langdauernden depressiven Episoden, die in der Vergangenheit wiederholt zu Klinik-Aufenthalten geführt hätten, hätten die Beschwerdeführerin in ihren Ressourcen erschüttert. Auch bei Ausklammerung von psychosozialen Beeinträchtigungen bestehe keine vollständige Arbeitsfähigkeit. Im Gutachten sei denn auch die Ressourcenprüfung anhand der Standardindikatoren nicht überzeugend ausgefallen. Wichtig sei aber der weitere Verlauf der Erkrankung der Beschwerdeführerin: Am 9. März 2017 hätten die W.____ die depressive Störung als gegenwärtig mittelgradig beurteilt. Sie hätten auch eine bipolare Störung II als Differenzialdiagnose erwogen. Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hätten sie auf maximal 40 % geschätzt. Auch dieser Bericht zeige, dass der Gesundheitszustand deutlich schlechter und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin deutlich tiefer sei, als es von den Gutachtern angenommen worden sei. Es bestünden diagnostische Unklarheiten und die depressive Symptomatik habe möglicherweise seit der Begutachtung wieder zugenommen. Das überrasche bei einer rezidivierenden Depression nicht. Umso unverständlicher sei deshalb, dass die Gutachter dieser Erkrankung auch im längerfristigen Gefüge keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen hätten. Die umfangreichen Akten zeigten, dass die rezidivierende Depression die Arbeitsfähigkeit immer wieder erheblich eingeschränkt habe und die Belastung am Arbeitsplatz negative Auswirkungen gehabt habe. Unter Belastung nähmen die depressiven Verstimmungszustände jeweils zu, was von den Gutachtern nicht

berücksichtigt worden sei. Insgesamt überzeuge das Gutachten deshalb nicht. Die psychosozialen Faktoren müssten mitberücksichtigt werden. Sie hätten auch keinen verselbständigten Charakter, so dass man sie klar abtrennen könnte. Dr. C.____ habe zudem festgehalten, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin läge auch bei Ausklammerung dieser Faktoren nicht bei 100 %. Seit der Begutachtung scheine ausserdem eine deutliche Verschlechterung eingetreten zu sein. Auch deshalb könne auf das Gutachten von [...] H.____ nicht mehr abgestellt werden. In ihrer Beschwerdeantwort vom 4. September 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Das Gutachten von [...] H.____ und Dr. K.____ vom 3. Oktober 2016 entspreche den Anforderungen der Rechtsprechung. Darauf könne abgestellt werden. Bereits im Rahmen des Einwandsverfahrens habe der RAD ausführlich zu den Berichten von Dr. C.____ vom 11. Februar 2017 und der W.____ vom 9. März 2017 Stellung genommen. Zu den (sc.: früheren) Berichten von Dr. C.____ habe auch der Gutachter selber Stellung genommen. Danach sei nicht von einer schweren Depression, sondern von einer akuten Belastungsreaktion auszugehen (S. 86 des Gutachtens). Die psychischen Symptome seien eindeutig der psychosozialen Belastungssituation - invalidenversicherungsfremden Faktoren - zuzuordnen. Bezüglich der agoraphobischen Ängste sei keine Therapieempfehlung angesprochen worden, weil keine Arbeitsunfähigkeit vorliege. Unter Massgabe eines bio-psycho-sozialen Krankheitskonzeptes sei gemäss dem Gutachten eine adäquate sozialpsychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit einem psychosozialen Coaching dringend anzuraten. Die Beschwerdeführerin finde sich bei der Lösung ihrer finanziellen und verwaltungsrechtlichen Probleme nicht mehr zurecht und verstricke sich dabei zunehmend in Beziehungsprobleme. Ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden könne nur gegeben sein, wenn das klinische Beschwerdebild nicht einzig in psychosozialen und soziokulturellen Umständen seine Erklärung finde, sondern davon psychiatrisch unterscheidbare Befunde umfasse. Auch bei einer diagnostizierten Depressionsstörung seien daher das Beschwerdebild prägende psychosoziale Belastungsfaktoren bei der Beurteilung der Frage, ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege, zu beachten und auszuklammern. Die rechtsanwendenden Behörden hätten mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere die genannten Belastungsfaktoren) mitberücksichtigten, die sozialversicherungsrechtlich unbeachtlich seien. Wo psychosoziale Einflüsse das Bild prägten, sei bei der Annahme einer rentenbegründenden Invalidität Zurückhaltung geboten. Der Gutachter sei zur Ansicht gelangt, dass die Psychopathologie der Beschwerdeführerin von psychosozialen Problemen mit reaktiven psychischen Symptomen dominiert würden. Wären diese Probleme nicht vorhanden, wäre die Psychopathologie bland. Auf die medizinisch-theoretische Einschätzung des Gutachters könne abgestellt werden. Der bio-psycho-soziale Krankheitsbegriff sei im Rahmen der Arbeitsunfähigkeit nach Art. 6 ATSG nicht massgebend. Art. 17 Abs. 1 ATSG gelange nicht zur Anwendung, weil bisher keine Dauerleistungen ausgerichtet worden seien. Die neu gestellte Diagnose habe keine quantitative (sondern lediglich eine qualitative) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge. Die Gutachter hätten nicht nur den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Vergleich zur Referenzlage beurteilt, sondern auch die Arbeitsfähigkeit aktuell eingeschätzt. Mit Replik vom 3. Oktober 2017 hält der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin an den Rechtsbegehren fest. Im Bericht der W.____ vom 9. März 2017 lediglich eine abweichende Beurteilung des gleichen Gesundheitszustands zu sehen, werde

der Sache nicht gerecht. Die Beschwerdegegnerin habe nicht erwogen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zwischen der Begutachtung und der letzten Untersuchung durch die beiden behandelnden Ärzte weiter verschlechtert haben könnte. Die behandelnden Ärzte hätten zudem auch den Längsschnitt der Erkrankung und die bei der Beschwerdeführerin fehlenden Ressourcen berücksichtigt. Diese Berichte würden erhebliche Zweifel am Gutachten wecken, so dass auf es nicht abgestellt werden könne. Auch die Berichte der behandelnden Ärzte seien bei der Beweiswürdigung des Gerichts mitzubersichtigen. Die Beschwerdegegnerin gestehe ein, dass [...] H.____ bereits eine rechtliche Beurteilung vorgenommen habe, weshalb sie den Bericht als direkt anwendbar betrachte. Sie halte es für richtig, dass er auch rechtliche Überlegungen anstelle. Die Beurteilung vermische jedoch medizinische und rechtliche Aspekte in unzulässiger Weise. Nur wenn die medizinischen Grundlagen klar seien, könne auch eine rechtliche Würdigung durch den Rechtsanwender vorgenommen werden. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin werde eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen von Art. 87 Abs. 3 IVV erfüllt seien. Trete die Verwaltung - wie hier - auf eine Neuanmeldung ein, habe sie zu prüfen, ob die glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrads auch tatsächlich eingetreten sei, und zwar analog zum Verfahren nach Art. 17 ATSG. Die Beschwerdegegnerin hat am 26. Oktober 2017 an ihrem Antrag festgehalten und im Übrigen auf die Erstattung einer Duplik verzichtet. Erwägungen Im Streit liegt die angefochtene Verfügung vom 10. April 2017, mit welcher die Beschwerdegegnerin das Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin vom November 2014 - mit Bezug auf ihren Rentenanspruch - abwies. Es handelte sich beim Gesuch um eine Neuanmeldung, nachdem die Beschwerdegegnerin am 30. April 2013 den Rentenanspruch anpassungsweise eingestellt hatte und nachdem auf eine neue Anmeldung vom 19./26. September 2013 nicht eingetreten worden war. - Die Beschwerdegegnerin ist auf das Gesuch vom November 2014 eingetreten, was angesichts des eingelegten Schreibens von Dr. C.____ vom 21. September 2014 (Überweisung der Beschwerdeführerin an eine Tagesklinik) nicht zu beanstanden ist. Tritt die Verwaltung auf eine Neuanmeldung ein, so hat sie das neue Leistungsgesuch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig zu prüfen (BGE 130 V 253 E. 3.3). - Die Beschwerdeführerin lässt im Hauptstandpunkt die Zusprache einer Invalidenrente nach den gesetzlichen Bestimmungen beantragen (eventualiter vorweg weitere medizinische Abklärungen; nicht aber berufliche Massnahmen). Nach Art. 28 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. Für die Invaliditätsbemessung sind zunächst die medizinischen Vorbedingungen von Bedeutung. Der Arzt sagt, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist (vgl. BGE 107 V 17 = ZAK 1982 S. 34). Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beschreiben und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind im Weiteren eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132 V 99 f. E. 4, BGE 141 V 281 E. 5.2.1). Nach der Rechtsprechung (BGE 143 V 418 E. 7.1 f., vom 30. November 2017; also nach der Erstellung des Gutachtens vom 3. Oktober 2016 ergangen, vgl. aber [statt vieler] Bundesgerichtsurteil 9C_700/2015, E. 3.2, wonach eine

neue Rechtsprechung im Grundsatz sofort und überall anwendbar ist und nicht nur für künftige, sondern für alle im Zeitpunkt der Änderung hängigen Fälle gilt) sind grundsätzlich (bei Ausnahmen nach dem jeweiligen Beweisbedarf) sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 (vom 3. Juni 2015) zu unterziehen, denn bei sämtlichen psychischen Störungen bestehen trotz variierender Prägnanz der erheblichen Befunde im Wesentlichen vergleichbare Beweisprobleme. Für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sind nach dem genannten BGE 141 V 281 in der Regel diverse Standardindikatoren beachtlich, die in zwei Kategorien systematisiert werden, nämlich einerseits in der Kategorie des funktionellen Schweregrads und andererseits in jener der Konsistenz. Zum funktionellen Schweregrad sind die Komplexe "Gesundheitsschädigung" (mit den Aspekten der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, des Behandlungs- und Eingliederungserfolgs oder der entsprechenden Resistenz und der Komorbiditäten), "Persönlichkeit" (mit Persönlichkeitsdiagnostik und persönlichen Ressourcen) und "Sozialer Kontext" zu berücksichtigen. In der Kategorie der Konsistenz geht es um Gesichtspunkte des Verhaltens, namentlich um eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und um behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1.3). Soweit die festgestellte Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht oder unter dem Einfluss der Folgen der Erzielung eines sekundären Krankheitsgewinns steht (der rechtlich grundsätzlich unbeachtlich zu bleiben hat, vgl. BGE 130 V 352), liegt nach der Rechtsprechung regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Hinweise darauf ergeben sich (im Zusammenhang mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung entwickelt) namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 141 V 281 E. 2.2). Die Rechtsanwender überprüfen die ärztlichen bzw. gutachterlichen Angaben nach der Rechtsprechung (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2.2) frei, insbesondere darauf hin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (vgl. Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG). Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin wurden im Zusammenhang mit dem vorliegend zu beurteilenden IV-Gesuch vom November 2014 im September 2016 (Begutachtungen am 16. September 2016 [vgl. IV-act. 199-6 und IV-act. 199-100 und 109]) bidisziplinär begutachtet (bidisziplinäres Gutachten vom 3. Oktober 2016; zum orthopädisch-traumatologischen Aspekt vgl. unten E. 4, zum psychiatrischen unten E. 5). Aus dem orthopädisch-traumatologischen Teilgutachten (IV-act. 199-100 ff.) wird ersichtlich, dass die Vorbefunde zur Kenntnis genommen worden sind. Auch die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden wurden berücksichtigt. Es wurde festgehalten, sie beklage in erster Linie eine konstant vorhandene, aber belastungsabhängig exazerbierende Schmerzsymptomatik im Bereich der HWS mit Schmerzfortleitung in das rechte Schultergelenk. Daneben bestehe seit 2005 eine

lumbospondylogene Beschwerdesymptomatik mit Schmerzfortleitung in beide Beine (IV-act. 199-110), derentwegen vor 16 Tagen eine Diskektomie mit Fenestration L4 links durchgeführt worden sei. Diesbezüglich sei die Beschwerdeführerin noch deutlich schmerzgeplagt. Die zuvor vorhanden gewesene Gefühlsstörung im Bereich der Beine sei jedoch deutlich regredient. Schliesslich beklage die Beschwerdeführerin auch einen ISG-Druckschmerz beidseits und Beschwerden im Bereich des rechten Kniegelenks (IV-act. 199-111 ff.). Bei der orthopädisch-traumatologischen Begutachtung wurden die klinischen Befunde erhoben und in nachvollziehbarer Weise beschrieben und es konnten aktuelle radiologische Bildgebungen beurteilt werden (vgl. IV-act. 199-121 bis 146). Diagnostisch ergaben sich einerseits ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom ohne Radikulopathie (verkürzt wiedergegeben) und andererseits eine Belastungseinschränkung im Bereich des rechten Schultergelenks bei beginnender AC-Gelenksarthrose und Tendinopathie der langen Bizepssehne. Beurteilend wurde festgehalten, es habe sich in den einzelnen durchgeführten Testverfahren eine durchgehende Konsistenz der Untersuchungsbefunde ohne massgebliche Bewegungseinschränkung der einzelnen Gelenke ergeben. Die Mobilität der LWS erweise sich 16 Tage nach der Operation nachvollziehbarerweise noch als eingeschränkt (IV-act. 199-152). Die Beschwerdeführerin sei in der biomechanischen Funktion der Lendenwirbelsäule und des rechten Schultergelenkes limitiert (IV-act. 199-156). In uneingeschränkter Übereinstimmung mit der Einschätzung der Gutachterin Dr. G. ___ von 2013 sei ab November 2011 von einer anhaltenden Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Pflegehelferin auszugehen (IV-act. 199-158). Für eine behinderungsangepasste, überwiegend im Sitzen, intermittierend wechselnd belastend im Gehen und Stehen auszuübende Tätigkeit bestehe eine quantitativ unlimitierte Arbeitsfähigkeit von 100 % (vgl. IV-act. 199-157 i.V.m. -156 f.). Im zeitlichen Verlauf habe für eine adaptierte Tätigkeit mit dem beschriebenen Leistungsbild seit der ersten Antragstellung im Jahr 2009 bis zum 31. August 2016 keine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden. Aufgrund der kürzlich erfolgten Operation bestehe zurzeit eine volle Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit und eine Wiedereingliederung sei nicht möglich. Nach einer postoperativen Rekonvaleszenzzeit von etwa drei bis sechs Monaten sei die Beschwerdeführerin wieder in der Lage, sukzessiv in eine adaptierte Tätigkeit integriert zu werden. Die gutachterliche Beurteilung basiert auf vollständigen Untersuchungen und Kenntnissen der Vorakten. Die Schlussfolgerungen sind überzeugend begründet. Zu beachten ist, dass trotz kurz vorher erfolgter Operation schon bei der Begutachtung das HWS-Leiden (vor demjenigen auf Höhe der - operierten - LWS) für die Beschwerdeführerin vordringlich war (IV-act. 199-110 ff.). Für eine weitere Arbeitsunfähigkeit macht sie zudem einzig psychiatrische Gründe geltend. Auf das Ergebnis der orthopädisch-traumatologischen Begutachtung kann daher abgestellt werden. Es ist demnach davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in adaptierter Tätigkeit vom 31. August 2016 bis längstens Ende Februar 2017 (spätester Zeitpunkt des Ablaufs der postoperativen Phase) arbeitsunfähig war. Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-act. 199-6 ff.) findet sich die Wiedergabe der Vorakten (IV-act. 199-10 bis 72). Bei der Begutachtung wurde die Anamnese erhoben. Der Gutachter erfragte Angaben der Beschwerdeführerin zum aktuellen psychiatrischen Leiden, darunter namentlich Angaben zum Tagesverlauf und zur Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin beklagte vor allem eine rasche Erschöpfbarkeit und innere Blockiertheit. Sie habe keine Lebenskraft mehr; sie habe ihre Kräfte in den beiden

unglücklichen Ehen gelassen. Sie habe ausserdem Angst, in verschlossenen Räumen (z.B. einem Zug oder einem Lift) zu sein (vgl. IV-act. 199-81). Der Gutachter erhob in der Folge den Psychostatus (IV-act. 199-84 f.) und die Blutserumspiegelparameter (IV-act. 199-86 f.). Den Darlegungen zum Befund (IV-act. 199-84 f.) lässt sich unter anderem entnehmen, dass das inhaltliche Denken der Beschwerdeführerin auf die psychosozialen Probleme eingeengt sei. Dabei hätten aversive Kognitionen bestanden. Die Stimmungssituation sei während des Untersuchungsverlaufs leicht gedrückt gewesen, mit depressiver Verstimmung infolge der erheblichen anhaltenden psychosozialen Probleme. Die Schwingungsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei leicht eingeschränkt, aber auslenkbar gewesen. Es habe keine Hinweise auf einen Interessensverlust oder auf eine Freudlosigkeit gegeben. Auch ein Antriebsmangel sei nicht erkennbar gewesen. Es seien subjektive Klagen über Müdigkeit und Erschöpfung geäußert worden, ausserdem Zukunftsängste und Platzängste. Panikattacken hätten nicht bestanden, doch ein Vermeidungsverhalten. Klinisch hätten sich Hinweise auf eine Akzentuierung der Persönlichkeit mit abhängigen Anteilen gefunden. - Diagnostiziert wurde (als Hauptdiagnose; mit Einfluss lediglich auf die qualitative Arbeitsfähigkeit) eine Agoraphobie ohne Panikstörung (IV-act. 199-96). Beurteilend hielt der Gutachter fest, es habe bei der Exploration erneut eine subdepressive Grundstimmung der Beschwerdeführerin im Rahmen der multiplen und wachsenden psychosozialen Problematiken bestanden. Neben der finanziellen Problematik hätten nun die im Zusammenhang mit der Scheidung auftretenden Schwierigkeiten im Vordergrund der Beschwerdesymptomatologie gestanden. Das psychopathologische Bild werde dadurch dominiert. Die psychosozialen Probleme seien konsumierend, weshalb die nachfolgenden subjektiven Müdigkeits- und Erschöpfungsgefühle der Beschwerdeführerin nachvollziehbar würden. Innerhalb eines Jahres sei sie schon zum zweiten Mal umgezogen, was mit erheblichen Anstrengungen verbunden sei. Die auf die prekäre soziale Situation folgenden psychischen Symptome stünden eindeutig im Zusammenhang mit den multiplen psychosozialen Belastungssituationen der Beschwerdeführerin. Es handle sich damit eindeutig um ein invalidenversicherungsfremdes Geschehen, das einer sozialpsychiatrischen Lösung bedürfe. Schon im ersten Gutachten habe er (der Gutachter) festgehalten, dass unter Massgabe eines bio-psycho-sozialen Krankheitskonzeptes eine adäquate sozialpsychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der Beschwerdeführerin mit einem sozialen Coaching dringend anzuraten wäre. Die Beschwerdeführerin finde sich in der Lösung ihrer finanziellen und verwaltungsrechtlichen Probleme nicht mehr zurecht. Diese Hilfestellung habe sie (sc. in der Folge) abgelehnt. Nun sei das psychische Störungsbild im Wesentlichen unverändert. Die psychosoziale Situation habe sich noch weiter zugespitzt. Insofern habe die behandelnde Psychiaterin recht, wenn sie erkläre, der Verlauf sei ungünstig gewesen (IV-act. 199-93). Die Beschwerdeführerin habe agoraphobische Ängste angegeben, die seit etwa zwei Jahren bestünden. Das sei diskrepant zu den Berichten von Dr. C.____, die in dieser Zeit mehrfach berichtet habe. Für eine bipolare Störung habe sich zudem kein Anhaltspunkt ergeben. Die Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin sei sicherlich durch die Probleme in der Kindheit mitgeprägt. Es habe sich eine verminderte psychische Resilienz ergeben, welche Anfälligkeiten für die psychische Stabilität [bzw. für eine Instabilität] infolge der psychosozialen Probleme begünstige. Die Psychopathologie trete aber eindeutig infolge dieser Probleme auf und nicht umgekehrt. Durch die Eheprobleme und die Scheidung habe sich die psychosoziale Situation wieder verschärft. Wie sich bisher gezeigt habe, seien diese Probleme auf rein medizinischer Ebene nicht zu lösen (IV-act. 199-94). Die Blutserumspiegelmessung habe

ergeben, dass das Antidepressivum Venlafaxin im therapeutischen Bereich gelegen habe. Das schlafanstossende Antidepressivum Trazodon und alle (recte wohl: beide; die Beschwerdeführerin gab diesbezüglich nur Voltaren und Novalgin an und es wurden entsprechend auch nur die Wirkstoffe Diclofenac und Metamizol geprüft, vgl. IV-act. 199-87) Analgetika seien nicht nachweisbar gewesen, was auch durch ein "rapid cycling" nicht zu erklären sei, da nicht einmal Spuren hätten nachgewiesen werden können. Das lasse den Leidensdruck der Beschwerdeführerin hinterfragen (IV-act. 199-94). Es bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten und in einer adaptierten Tätigkeit. Aus rein psychiatrischer Sicht sei eine Wiedereingliederung jederzeit möglich (IV-act. 199-97). Vorweg ist anzumerken, dass die Gutachter (beide) zu Unrecht davon ausgingen, dass das Sozialversicherungsgericht des Kantons N. die Einwände der Beschwerdeführerin gegen die ehemalige Einstellung der Rente (vom April 2013) verhandelt und die Einstellung bestätigt habe (vgl. Orthopäde, IV-act. 199-105, -108, -151; Psychiater IV-act. 199-89). Das Gericht ist jedoch auf die Beschwerde nicht eingetreten (IV-act. 103). Der Gutachter der Psychiatrie hielt fest, alle seine Bewertungen im Zusammenhang mit der Arbeitsfähigkeit seien auf medizinisch-theoretischer Grundlage erfolgt und würden keine rechtlichen Aspekte implizieren. Bei der Bewertung der beruflichen Leistungsfähigkeit seien unter anderem die bundesgerichtlichen Vorgaben - Standardindikatoren - und das IV-Rundschreiben Nr. 339 berücksichtigt worden (IV-act. 199-96). Unter den Gesichtspunkten dieser Standardindikatoren ist im Einzelnen zu erwähnen, dass der Gutachter in den Befunden leichte Beeinträchtigungen feststellte (IV-act. 199-84 f.). Zur Frage des Behandlungs- und Eingliederungserfolgs ist dem Gutachten zu entnehmen, dass die psychiatrische Therapie die eigentlichen - psychosozialen - Probleme nicht zu lösen vermöge. Sie sollte aber auf eine Bereitschaft der Beschwerdeführerin hinwirken, bezüglich jener Probleme Hilfe anzunehmen. Auf medizinischer Ebene seien diese nicht zu lösen. Bei der Beschwerdeführerin fallen des Weiteren die Agoraphobie, die anhaltende somatoforme Schmerzstörung und die rezidivierende depressive Störung, bei der Begutachtung remittiert, als Komorbiditäten zusammen (IV-act. 199-96), was als Erschwernis zu werten ist. Dazu kommt - ebenfalls erschwerend -, dass ihre Persönlichkeitsstruktur die Beschwerdeführerin gemäss dem Gutachten für psychische Instabilität anfällig macht, dass also ihre psychische Resilienz vermindert ist (vgl. IV-act. 199-94). Was den Aspekt einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen betrifft, lässt sich dem Gutachten entnehmen, dass die Beschwerdeführerin wegen der Rückenschmerzen vor- und nachmittags abliege. Die Nachbarin helfe ihr bei den Tätigkeiten, die sie nicht selbst erledigen könne (vgl. IV-act. 199-82). Dies sind ersichtliche Einschränkungen; im Übrigen pflegt sie Kontakte, nimmt Termine wahr, macht Besorgungen und versorgt ___ Hunde (IV-act. 199-82). Aus den Akten ist bekannt, dass im Jahr 2007 und über den Wechsel von 2010/2011 zwei längere Klinikaufenthalte (gut zwei und ca. dreieinhalb Monate lang; daneben ein weiterer zweitägiger Aufenthalt) stattgefunden hatten; zurzeit der Begutachtung erfolgten einmal monatlich psychiatrische Konsultationen (IV-act. 199-83). Die Beschwerdeführerin selbst erkennt gemäss Angaben bei der Begutachtung bei sich keine Ressourcen (IV-act. 199-82). Der Leidensdruck wurde im Gutachten wegen Noncompliance bei der medikamentösen Behandlung (IV-act. 199-94) in Frage gestellt; das betrifft die beiden erwähnten Schmerzmittel und Trittico (vgl. oben E. 5.3 sowie IV-act. 199-82 und -87). Im orthopädisch-traumatologischen Teilgutachten wurden keine Hinweise auf eine Noncompliance gefunden (IV-act. 199-154). Der Gutachter der

Psychiatrie erwähnte ausserdem wie oben dargelegt eine Diskrepanz im Zusammenhang mit den agoraphobischen Ängsten, die nach Angaben der Beschwerdeführerin seit zwei Jahren bestünden, aber von Dr. C.____ nicht erwähnt worden seien. Die Psychiaterin hatte in einem Arztbericht vom 30. November 2014 (Fremd-act. 4-19 f.) allein (aber immerhin) eine Angst der Beschwerdeführerin erwähnt, Mitmenschen zu begegnen. Wie bei der orthopädischen Begutachtung festgestellt, hatten sich weder bei der Anamneseerhebung noch bei der klinischen Untersuchung Hinweise auf eine etwaige Verdeutlichungstendenz gezeigt (IV-act. 199-155; die Tests wurden von ihr im Gegenteil regelrecht durchgeführt, vgl. z.B. IV-act. 199-127, -129). - Die beweismässigen Aspekte (Standardindikatoren) wurden demnach bei der Begutachtung berücksichtigt. Der Gutachter der Psychiatrie hat sich auch mit dem Verlauf und mit abweichenden Beurteilungen auseinandergesetzt. Er erklärte, nach seinem letzten Gutachten (vom Januar bzw. Februar 2013) habe Dr. C.____ am 9. Mai 2013 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig, diagnostiziert und diese mit der prekären sozialen Lage mit massiver Verschuldung begründet. Sie habe berichtet, die Beschwerdeführerin entgleise unter der schwierigen psychosozialen Situation. Damit habe die behandelnde Psychiaterin beschrieben, dass die sehr schwierige soziale Lage das psychopathologische Bild dominiere. Ihr sei offensichtlich nicht bewusst, dass diese Probleme invaliditätsfremde Faktoren darstellen würden. Auch im Überweisungsbericht in die Tagesklinik vom 21. September 2014 habe sie auf die prekäre soziale Lage der Beschwerdeführerin hingewiesen, die zu deren sozialem Rückzug geführt habe. Sie habe auch berichtet, weil der Lebenspartner krank geworden sei, sei die Beschwerdeführerin in eine depressive Krise gestürzt. In ihrem Bericht vom 6. April 2015 sei die Diagnose geändert worden. Die Diagnosen der Klinik S.____ erachtete der Gutachter nicht als nachvollziehbar. Denn der Eintrittsgrund sei eine schwere affektive Reaktion auf ein vorausgegangenes psychosoziales Ereignis (Streit mit dem Vermieter wegen finanzieller Probleme) gewesen. Es sei von einer akuten Belastungsreaktion auszugehen (vgl. IV-act. 199-91 f.). Im psychiatrischen Gutachten wurde schliesslich festgehalten, es liege kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vor, der die Beschwerdeführerin durch handicapierende Funktionsstörungen mittel- und langfristig in der Arbeitsfähigkeit einschränke. Kurzfristig könne es durch die - seit der letzten Begutachtung weiter zugespitzten - psychosozialen Probleme zu Arbeitsunfähigkeitszeiten gekommen sein (IV-act. 199-95). Die Psychopathologie der Beschwerdeführerin werde von diesen Problemen (mit reaktiven psychischen Symptomen) dominiert (vgl. IV-act. 199-95). Die psychosozialen Belastungsfaktoren seien als invalidenversicherungsfremd einzustufen und von den Fähigkeitsstörungen zu trennen, die durch krankheitsbestimmte Störungen hervorgerufen würden (IV-act. 199-98). Die erhebliche Diskrepanz zur Beurteilung der behandelnden Psychiaterin liege im Umstand, dass sie auch sozialpsychiatrische Belastungsfaktoren mitberücksichtige (vgl. IV-act. 199-3 und -97). Die Beschwerdeführerin lässt geltend machen, der Gutachter der Psychiatrie sei von einem unmassgeblichen Krankheitsmodell ausgegangen. Die psychosozialen Faktoren könnten sich zudem dann mittelbar invaliditätsbegründend auswirken, wenn sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad der Folgen eines Gesundheitsschadens verschlimmern würden, der unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehe. Das Bundesgericht hat den bio-psycho-sozialen Krankheitsbegriff als im Rahmen der Arbeitsunfähigkeit nach Art. 6 ATSG rechtlich nicht massgebend bezeichnet (BGE 143 V 418 E. 6) und es als rechtmässig erachtet, dass [schon] ein medizinischer Gutachter sich nicht von diesem Modell hat leiten lassen (vgl.

Bundesgerichtsurteil vom 25. September 2019, 9C_436/2019 E. 4.2.4). - Wenn der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang eine Schwierigkeit erkennt, so erfolgt das insofern zu Recht, als eine rechtliche Überprüfung der zumutbaren Leistung einer versicherten Person dann massgeblich erschwert wäre, wenn ein Arzt bei der medizinischen Beurteilung aus juristischen Gründen vorweg Befunde ausblendete und diese gar nicht mehr erkenntlich wären. Anders ist es allerdings, wenn er lediglich darauf achtet, dass er ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), und darauf, dass die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt (vgl. Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG), wie es die Rechtsprechung vorsieht (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2.2). - Entscheidend ist im Ergebnis jedenfalls allgemein die nach einem weitgehend objektivierten Massstab vorzunehmende Beurteilung, ob und inwiefern die versicherte Person trotz ihres ärztlich diagnostizierten Leidens zumutbarerweise einer angepassten Arbeit nachgehen kann und ihr schliesslich die Verwertung ihrer (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch zumutbar ist (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.7.3 und BGE 139 V 547, BGE 127 V 294). Das Beschwerdebild mitprägende psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren, soweit sie unmittelbar (direkt) die Symptomatik beeinflussen und nicht bloss mittelbar eine (verselbstständigte) Gesundheitsschädigung aufrechterhalten oder ihre (unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden) Folgen verschlimmern, sind nach der Rechtsprechung als nicht invalidisierende und damit nicht versicherte Faktoren auszuscheiden. Ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden kann nur gegeben sein, wenn das klinische Beschwerdebild nicht einzig in psychosozialen und soziokulturellen Umständen seine Erklärung findet, sondern davon psychiatrisch unterscheidbare Befunde umfasst (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 15. März 2017, 8C_14/2017 E. 5.3). Allerdings: "Soweit ein verselbstständiger Gesundheitsschaden im Rechtssinne gegeben ist (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299), ist für dessen Anspruchserheblichkeit nicht bedeutsam, ob soziale Umstände bei seiner Entstehung eine massgebende Rolle spielten" (Bundesgerichtsurteil vom 20. Dezember 2011, 9C_776/2010 E. 2.3.3; wiedergegeben in BGE 139 V 547 E. 3.2.2, vgl. auch Bundesgerichtsurteil vom 7. Februar 2012, 9C_736/2011 E. 2.3.3). Vorliegend hat der medizinische Gutachter, wie sich aus dem oben Dargelegten ergibt, eine eigenständige psychiatrische Erkrankung, die von Einfluss auf die (quantitative) Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin wäre, ausgeschlossen. Es handle sich um auf psychosoziale Probleme hin reaktive psychische Symptome. Ohne diese Probleme wäre die Psychopathologie bland (vgl. IV-act. 199-95). Diese gutachterliche medizinische Beurteilung erscheint stichhaltig, weil sie auf einer Kenntnis der Vorakten und auf einer fachärztlichen Untersuchung (Verlaufsbegutachtung nach einem schon früheren Gutachten) basiert und nachvollziehbar begründet ist. Die abweichende Beurteilung der behandelnden Ärzte vermag dagegen im Beweiswert nicht anzukommen. Aus den nach der Begutachtung vom September 2016 ergangenen Berichten ist für den vorliegend massgeblichen Sachverhalt (bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 10. April 2017) nichts relevant Anderes anzunehmen. Die gemäss dem Bericht der O.____ Klinik P.____ vom 7. November 2016 (IV-act. 203) festgestellte Peroneusparese rechts bewirkt nach Auffassung des RAD (vom 4. Januar 2017, IV-act. 205) keine zusätzliche Einschränkung einer - bereits anderweitig unter bestimmte Voraussetzungen gesetzten - adaptierten Tätigkeit. Es kann mit dem RAD (IV-act. 220, vom 10. April 2017) davon ausgegangen werden, dass sich aus dem Bericht der W.____ vom

9. März 2017 keine Aspekte ergaben, die nicht auch bei der (jüngeren) Begutachtung schon bekannt gewesen wären. Die W.____ wies auf das Vorliegen der bekannten rezidivierenden depressiven Störung hin (IV-act. 219-2). Anhaltspunkte für eine bipolare Störung hatte der Gutachter nicht gefunden (vgl. IV-act. 199-94). Es kann angenommen werden, dass die Diagnoseerhebung im Gutachten vollständig erfolgte. Der Bericht der W.____ vom 9. März 2017 wurde nach zwei Konsultationen abgegeben und hatte damit im Vergleich zum Gutachten eine wesentlich schmalere Basis. Von einer wesentlichen Veränderung im Zeitablauf nach der Begutachtung vom September 2016 ist damit nicht auszugehen.

Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Nach Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG. - Wurde die Rente nach Verminderung des Invaliditätsgrades aufgehoben, erreicht dieser jedoch in den folgenden drei Jahren wegen einer auf dasselbe Leiden zurückzuführenden Arbeitsunfähigkeit erneut ein rentenbegründendes Ausmass, so werden bei der Berechnung der Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG früher zurückgelegte Zeiten angerechnet (vgl. Art. 29 bis IVV). Zusammenfassend ergibt sich nach dem Dargelegten, dass die Beschwerdeführerin ehemals aus psychiatrischen Gründen einen Rentenanspruch gehabt (eine Wartezeit also bestanden) hatte. Dieser war aufgrund einer in einem Gutachten vom 23. Februar 2013 festgestellten vollen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit gemäss (in Rechtskraft erwachsener) Verfügung vom 30. April 2013 wegen entsprechenden Wegfalls eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades anpassungsweise eingestellt worden. Im November 2014 stellte die Beschwerdeführerin ein neues Gesuch. Gemäss dem Gutachten vom 3. Oktober 2016 bestand in der Tätigkeit als Pflegehelferin (über den Zeitpunkt der Renteneinstellung hinaus, seit November 2011) weiterhin Arbeitsunfähigkeit. Für eine (unter verschiedenen Kriterien) adaptierte Tätigkeit war die Beschwerdeführerin gemäss diesem Gutachten später für eine Zeit vom 31. August 2016 nach einer Rückenoperation bis längstens Ende Februar 2017 auch in adaptierter Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig, davor und danach aber war sie dafür voll arbeitsfähig. Die genannte vorübergehende postoperative Arbeitsunfähigkeit in adaptierter Tätigkeit geht demnach einerseits auf ein anderes (als das psychische) Leiden zurück und trat andererseits erst eine lange Zeit (namentlich mehr als drei Jahre) nach dem Wiedererreichen der vollen Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit und der Leistungseinstellung ein, während welcher der Beschwerdeführerin bereits ein Wechsel in eine adaptierte Tätigkeit (mit einer entsprechenden neuen Validenkarriere) zumutbar gewesen war. Bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit in adaptierter Tätigkeit im August 2016 ist demnach von einem weiteren Versicherungsfall auszugehen (vgl. dazu das Bundesgerichtsurteil vom 3. Juli 2013, 9C_677/2012 [im Unterschied zu jenem vom 5. Oktober 2017, 9C_412/2017, mit erheblich geringerem zeitlichem Abstand; vgl. auch Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 1. September 2014, IV 2012/173 E. 5.2). Die Voraussetzungen für einen Rentenanspruch wurden im vorliegend zu beurteilenden Zeitraum nicht erfüllt. Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtmässig. Was den Anspruch auf berufliche Massnahmen betrifft, ist anzumerken, dass sich die Beschwerdeführerin dazu im Juni 2012 nicht mehr in der Lage gefühlt hatte (vgl. IV-act. 80). Auch bei der Begutachtung

vom September 2016 erachtete sie sich noch als nicht arbeitsfähig; es gebe für sie mit ihren multiplen Beschwerden keine adaptierte Tätigkeit (IV-act. 199-120). In ihrem Einwand vom 9. März 2017 (IV-act. 218) hielt sie in der Folge fest, mit ihren Erkrankungen sei es ihr nicht möglich, mit vollem Pensum zu arbeiten bzw. sofort voll einzusteigen, doch bemühe sie sich weiterhin um Arbeit im Teilpensum und sei bereit für eine berufliche Eingliederung. - In Anbetracht der aktenkundigen krankheitsbedingten Beeinträchtigungen - wenn sie auch in adaptierter Tätigkeit nicht quantitativ arbeitsunfähig machen - wird die Beschwerdeführerin voraussichtlich erfolgreich einen Anspruch auf Arbeitsvermittlung geltend machen können. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1000 Franken festgelegt. Als unterliegende Partei hat die Beschwerdeführerin die Gerichtskosten zu bezahlen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP). Diese sind ermessensweise auf Fr. 600.-- zu veranschlagen. Mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist die geschuldete Gerichtsgebühr getilgt. Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen, unter Anrechnung des bezahlten Kostenvorschusses in gleicher Höhe. Der Antrag auf eine Parteientschädigung wird abgewiesen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.