

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/227 vom 7. Februar 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-02-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_227

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/227 du 7 février 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/227 del 7 febbraio 2020

Regeste

Art. 7, 8 und 16 ATSG. Art. 28 IVG. Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV. Neuanmeldung nach formell rechtskräftiger Einstellung einer Dreiviertelsrente. Würdigung eines bidisziplinären Gutachtens. Keine rentenbegründende Invalidität (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. Februar 2020, IV 2017/227).

Volltext

Entscheid vom 7. Februar 2020 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrer-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Viviane Kull
Geschäftsnr. IV 2017/227 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Leo Sigg, c/o Procap Schweiz, Frohburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten 1 Fächer, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich im Juli 1998 erstmals wegen eines Beckenbruchs sowie wegen Beschwerden im Rücken und auf der rechten Körperseite als Folge eines Unfalls zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an. Sie gab an, als Näherin bei B.____ gearbeitet zu haben (IV-act. 1). Der Unfall hatte sich am 19. Juli 1997 ereignet (vgl. den Bericht des Spitals C.____ vom 29. Juli 1997, Fremdakten-act. 2-99). Am 3. August 1998 berichtete die Z (Fremdakten-act. 2-8 ff.), die Versicherte habe sich vom 3. Juni 1998 bis 1. Juli 1998 in stationärer Behandlung befunden. Die Fachärzte hatten einen Irritationszustand des rechten ISG und diskrete, lokalisierte Myotendoperiostosen interscapulär sowie im Bereich des rechtsseitigen Trapezius diagnostiziert. Psychopathologische Symptome von Krankheitswert hatten nicht bestanden; als Differentialdiagnose hatten sie eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) notiert. Am 15. Oktober 1998 gab B.____ in einem Arbeitgeberbericht an (IV-act. 15), die Versicherte habe von September 1996 bis April 1997 bei ihm als Näherin gearbeitet. Der letzte Arbeitstag sei am 17. Februar 1997 gewesen. Das AHV-pflichtige Einkommen habe bei einem Pensum von 42 Stunden pro Woche im Jahr 1996 Fr. 10'978.-- und im Jahr 1997 Fr. 5'334.-- betragen (vgl. auch den Bericht der SUVA vom 11. September 1998, Fremdakten-act. 1-1, wonach B.____ angegeben hatte, der Stundenlohn habe Fr. 13.-- zuzüglich 8.33% Ferien- und Feiertagsentschädigung betragen und die Leistung, welche die Versicherte erbracht habe, sei gut gewesen). Dr. med. D.____, Arzt bei der Y.____, erstattete am 24. September 1999 ein psychiatrisches Gutachten (IV-act. 38). Er hatte eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Als verbleibende Arbeitsfähigkeit gab er ca. 40% ab Mitte Dezember 1998 an. Mit einer Verfügung vom 5. April 2000 (IV-act. 52) sprach die IV-Stelle der Versicherten bei einem IV-Grad von 60% rückwirkend ab dem 1. Juli 1998 eine halbe Rente zu. Zur Begründung führte sie an (vgl. IV-act. 46, 47 und 48), der

Versicherten sei seit dem Unfallereignis lediglich noch eine leichte, leidensangepasste Tätigkeit in einem Pensum von 50% möglich. Am 20. November 2002 gab die Versicherte im Revisionsfragebogen an (IV-act. 60), ihr Gesundheitszustand habe sich verschlimmert. Sie arbeite vier Stunden pro Tag bzw. 20 Stunden pro Woche bei der E.____. In einem Arbeitgeberbericht teilte die E.____ am 5. Dezember 2002 mit (IV-act. 61), sie beschäftige die Versicherte seit Oktober 2000 in der Montage-Abteilung. Das Pensum betrage vier Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche. Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, berichtete am 6. Dezember 2002 (IV-act. 62, 63), in den letzten Jahren sei keine wesentliche Veränderung der Befunde aufgetreten. Die Arbeit in der E.____ entspreche als leichte körperliche Arbeit mit wechselnder Belastung und der Möglichkeit, bei Bedarf aufzustehen und umherzugehen, den Möglichkeiten, welche die Versicherte noch habe. Am 8. Juli 2004 fand eine Haushaltsabklärung statt, weil die Versicherte am ____ 2001 ein Kind geboren hatte (IV-act. 57, 71). Die Versicherte gab an (IV-act. 76), sie würde ohne Gesundheitsschaden, vorwiegend aus finanziellen Gründen, zu 100% ausserhäuslich arbeiten. Die Betreuung ihres Kindes wäre gewährleistet. Am 12. Juli 2004 erstattete die E.____ einen weiteren Arbeitgeberbericht (IV-act. 73). Dieser enthielt keine neuen Angaben. Dr. med. F.____ berichtete am 16. Juli 2004 (IV-act. 75), die Versicherte leide an Rücken- und Nackenschmerzen, die bis in das rechte Bein ausstrahlten. Sie könne maximal vier Stunden pro Tag arbeiten und benötige die Möglichkeit, die Arbeit bei stärkeren Schmerzen früher abzubrechen. Bei starken Schmerzen habe sie zudem vermehrte Ausfalltage zu verzeichnen. In der angestammten Tätigkeit als Näherin sei ihr höchstens noch eine zweistündige Arbeitstätigkeit mit voller Leistung pro Tag zumutbar. Mit einer Verfügung vom 6. Oktober 2004 (IV-act. 82) erhöhte die IV-Stelle die halbe Rente rückwirkend per 1. Januar 2004 auf eine Dreiviertelsrente, da infolge geänderter Bestimmungen bei einem IV-Grad von 60% neu ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente bestand. Am ____ 2005 gebar die Versicherte ihr zweites Kind (IV-act. 84). Im Revisionsfragebogen gab sie am 8. Juli 2005 an (IV-act. 92), ihr Gesundheitszustand habe sich seit Januar 2005 verschlimmert. Seit Juni 2005 betrage das Pensum bei der E.____ nur noch zwei Stunden pro Tag. Dr. F.____ gab in einem Verlaufsbericht vom 25. Juli 2005 an (IV-act. 93), die Rückenschmerzen hätten sich während der zweiten Schwangerschaft verstärkt und seit der Geburt nur minimal verbessert. In einem Verlaufsbericht vom 30. Januar 2006 teilte er mit (IV-act. 97), der Gesundheitszustand sei stationär. Eine Ausdehnung der Arbeitstätigkeit auf vier Stunden pro Tag sei der Versicherten nicht zumutbar. Am 13. Februar 2006 fand erneut eine Haushaltsabklärung statt (IV-act. 100). Die Versicherte gab wiederum an, sie würde ohne Gesundheitsschaden zu 100% ausserhäuslich arbeiten. Die E.____ berichtete am 27. Februar 2006 (IV-act. 98), die Versicherte arbeite seit dem 1. Juli 2005 zu zweieinhalb bis drei Stunden pro Tag an vier bis fünf Tagen pro Woche. Die Versicherte werde seit Oktober 2000 in der Montage-Abteilung und im Näh-Atelier eingesetzt. Am 22. Februar 2007 und 3. April 2007 wurde die Versicherte durch das Medizinische Gutachtenzentrum St. Gallen (MGSG) bidisziplinär (rheumatologisch, psychiatrisch) untersucht. Im Gutachten vom 31. August 2007 (IV-act. 110) gaben die Gutachter als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und ein diffuses muskulo-skelettales Schmerzsyndrom (ICD-10 M79.0) an. Der rheumatologische Gutachter hatte festgehalten, aus rheumatologischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80% (rheumatologisches Teilgutachten vom 2. April 2007, IV-act. 107-8). Der psychiatrische Gutachter hatte eine Arbeitsfähigkeit von 75% attestiert und festgehalten, diese medizintheoretisch festgelegte Restarbeitsfähigkeit werde unter Zugrundelegung der

Aufbietung der noch vorhandenen und zumutbaren Willensanstrengung angenommen (IV-act. 110-11). In der Konsensbeurteilung gaben die Gutachter an, die verbleibende Arbeitsfähigkeit betrage in der angestammten und in einer adaptierten Tätigkeit 75% (IV-act. 110-13). Dr. G. ___ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) notierte (IV-act. 111), der medizinische Sachverhalt sei unverändert. Ein Revisionsgrund liege nicht vor. Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 4. Dezember 2007 mit (IV-act. 113), sie habe bei einem IV-Grad von 60% weiterhin Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. Die Versicherte gab am 18. April 2011 im Revisionsfragebogen an (IV-act. 118), ihr Gesundheitszustand sei gleich geblieben. Sie arbeite nach wie vor bei der E. ___. Dr. F. ___ berichtete am 3. Mai 2011 (IV-act. 124), der Gesundheitszustand der Versicherten sei stationär. Die bisherige Tätigkeit sei ihr noch zu drei bis dreieinhalb Stunden pro Tag zumutbar. Am 13. Mai 2011 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit (IV-act. 126), sie habe bei einem IV-Grad von 60% unverändert Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. Am 5. März 2012 notierte die Versicherte im Revisionsfragebogen (IV-act. 127), der Gesundheitszustand sei gleich geblieben. Sie arbeite weiterhin bei der E. ___. In einem Arbeitgeberbericht (Posteingang: 11. Mai 2012) teilte die E. ___ mit (IV-act. 133), die Versicherte arbeite vier Stunden pro Tag bzw. 20 Stunden pro Woche. Sie fertige Lederschühchen, Taschen und diverse Eigenprodukte an. Dr. F. ___ erstattete am 28. Juli 2012 einen Verlaufsbericht (IV-act. 137). Er gab an, der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich seit der Begutachtung im Jahr 2007 verschlechtert. Die Versicherte leide an zunehmenden belastungsabhängigen lumbalen Rückenschmerzen. An der Lendenwirbelsäule bestünden neu aufgetretene degenerative Veränderungen. Zudem seien wiederholt Phasen mit gedrückter Stimmung, ausgeprägten Durchschlafstörungen, nächtlichen Hungerattacken, Angst und Grübeln sowie dem Gefühl, die erwarteten Leistungen am Arbeitsplatz und in der Familie nicht erbringen zu können, aufgetreten. Er diagnostizierte ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom und eine rezidivierende depressive Störung, anamnestisch leichte Episoden (ICD-10 F33.0, DD rezidivierende kurze depressive Episoden, ICD-10 F38.1). Der RAD-Arzt Dr. H. ___ notierte am 14. Januar 2013 (IV-act. 138), den Angaben von Dr. F. ___ lasse sich keine objektivierbare Veränderung des Gesundheitszustands mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen. Mit einem Vorbescheid vom 6. Februar 2013 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit (IV-act. 142), sie beabsichtige die Rente einzustellen. Zur Begründung führte sie an, die Überprüfung der Rente gemäss der Schlussbestimmung der Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 18. März 2011 habe ergeben, dass Diagnosen zur Rentenzusprache geführt hätten, die zu den ätiologisch-pathogenetisch unklaren syndromalen Zustandsbildern ohne nachweisbare organische Grundlage gehörten. Den medizinischen Unterlagen seien keine objektivierbaren anatomischen Befunde zu entnehmen, welche aus versicherungsmedizinischer Sicht eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründeten. Anhaltspunkte für eine psychiatrische Komorbidität oder eine sonstige schwere Funktionseinschränkung lägen nicht vor. Zudem lägen keine weiteren Kriterien in erheblichem Ausmass vor, die eine Schmerzüberwindbarkeit in Frage stellen würden. Gleichentags unterbreitete die IV-Stelle der Versicherten ein Angebot zum Bezug von beruflichen Eingliederungsmassnahmen (IV-act. 143), welches die Versicherte am 8. März 2013 unterzeichnete (IV-act. 144). Mit einer Mitteilung vom 5. September 2013 sprach die IV-Stelle der Versicherten Arbeitsvermittlung zu (IV-act. 156). Mit einer Verfügung vom 9. September 2013 stellte die IV-Stelle, entsprechend dem Vorbescheid, die Rente ein (IV-act. 159). Mit einer weiteren Verfügung vom 9. September 2013 entschied die IV-Stelle

(IV-act. 160), die Versicherte habe ab 1. November 2013 Anspruch auf die Weiterausrichtung einer Dreiviertelsrente. Diese Rente werde ausgerichtet, wenn Massnahmen zur Wiedereingliederung durchgeführt würden, längstens bis zum 31. Oktober 2015. Bei Abbruch der Massnahme werde die Weiterausrichtung der Rente eingestellt. Beide Verfügungen erwachsen unangefochten in Rechtskraft. Am 12. Juni 2014 (Posteingang: 13. Juni 2014) ersuchte die Versicherte die IV-Stelle um eine erneute Prüfung des Anspruches auf eine Rente (IV-act. 179). Sie gab an, ihr Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Sie stehe seit dem 26. September 2013 bei Dr. med. I.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung. Sie reichte je einen Bericht von Dr. I.____ und der E.____ ein. Dr. I.____ hatte am 26. Mai 2014 berichtet (IV-act. 180-1), die Versicherte leide an einer mittel- bis schwergradigen Depression (ICD-10 F32.11, F32.2), einer ängstlichen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) sowie einem chronifizierten Schmerzsyndrom nach einem Autounfall mit einem Polytrauma. Aufgrund der anamnestischen Angaben bestehe die Depression seit einigen Jahren. In einer adaptierten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 40%. Die E.____ hatte am 5. Juni 2014 mitgeteilt (IV-act. 180-3), das Arbeitspensum der Versicherten betrage seit Oktober 2000 50%. Die Versicherte beklage sich häufig über Rückenschmerzen. Im Textilatelier bestehe die Möglichkeit, den Arbeitsplatz und die Arbeit zu wechseln. Bei einem erhöhten Arbeitsdruck oder bei belastenden Ereignissen im Privatbereich scheine die Versicherte stark verunsichert. Dies zeige sich auch durch vermehrte Arbeitsausfälle. Am 12. März 2015 erstattete Dr. I.____ einen Verlaufsbericht (IV-act. 203). Er gab folgende Diagnosen an: Eine mittel- bis schwergradige depressive Störung (ICD-10 F32.11, F32.2), ein Zustand nach einem Autounfall mit einem Polytrauma 1997, eine posttraumatische Belastungsstörung nach dem tragischen Tod des Vaters 2005, eine ängstliche Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) und ein chronifiziertes Schmerzsyndrom somatisch und psychisch bedingt (ICD-10 F45.41). Er attestierte der Versicherten eine seit dem 26. September 2013 bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit als Näherin auf dem ersten Arbeitsmarkt. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit könne sie ein 40%iges Pensum ausüben. Am 9. Juli 2015 berichtete med. pract. J.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie an der Tagesklinik C.____ (IV-act. 210), sie behandle die Versicherte seit dem 10. März 2015. Sie habe eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.11) und eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) als Traumafolgestörung nach dem Mord am Vater der Versicherten im Jahr 2004 diagnostiziert. In einer Tätigkeit als Näherin auf dem ersten Arbeitsmarkt sei die Versicherte vollständig arbeitsunfähig. In der bisherigen Tätigkeit im geschützten Rahmen sei sie in der Lage, ein zeitliches Pensum von 40% bei einer verminderten Leistungsfähigkeit von 5% zu erfüllen. Mit einem Vorbescheid vom 17. September 2015 kündigte die IV-Stelle der Versicherten den Abbruch der beruflichen Massnahmen und die Einstellung der bisherigen Rentenzahlung an (IV-act. 219). Zur Begründung führte sie an, die Abklärungen hätten ergeben, dass sich die Versicherte nicht weiter in der Lage fühle, sich aktiv zu bewerben und an beruflichen Massnahmen teilzunehmen. Die Versicherte teilte am 13. Oktober 2015 mit (IV-act. 222), sie erhebe keine Einwände gegen den Vorbescheid. Sie sei gesundheitlich nicht in der Lage, an beruflichen Massnahmen mitzuwirken. Das Gesuch vom 12. Juni 2014 um die Ausrichtung von IV-Leistungen werde dadurch nicht beeinflusst. Mit einer Verfügung vom 23. Oktober 2015 brach die IV-Stelle, entsprechend dem Vorbescheid, die beruflichen Massnahmen ab und stellte die bisherige Rentenzahlung ein (IV-act. 223). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Am 30. Oktober 2015 erstattete med. pract. K.____, Facharzt

für Psychiatrie und Psychotherapie an der Tagesklinik C.____, einen Verlaufsbericht (IV-act. 224). Er notierte, der Gesundheitszustand der Versicherten sei stationär. Als Diagnosen gab er eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode (ICD-10 F33.11), eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) und eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) an. Er führte aus, die Versicherte habe parallel zur teilstationären Behandlung die Arbeitstätigkeit als Näherin in der E.____ mit einem Pensum von 30% (drei Mal dreieinhalb Stunden pro Woche) wieder aufgenommen. Das Maximum der Belastbarkeit sei damit erreicht. In einer Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt sei die Versicherte vollständig arbeitsunfähig. Die Tätigkeit als Näherin in einem geschützten Rahmen sei ihr an dreieinhalb Stunden an drei Tagen pro Woche zumutbar. Dabei sei die Leistungsfähigkeit um 50% vermindert. Am 5. und 15. April 2016 wurde die Versicherte durch das Arbeitsmedizin Zentrum Winterthur bidisziplinär (psychiatrisch, rheumatologisch) abgeklärt. In der Konsensbeurteilung vom 13. Juni 2016 nannten die Gutachter folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 237-35 f.): Chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom (ICD-10 M79.0) bei/mit panvertebralem Schmerzsyndrom (bei/mit Cephalgie, leichten degenerativen Veränderungen, Osteochondrose L2/L3, Spondylarthrose L4 bis S1 [MRI der LWS vom 26.07.2012], Status nach wenig dislozierter Os sakrum Fraktur rechts 19.07.1997), muskuloskelettaler Dekonditionierung bei Vermeidungsverhalten und Dysstatik bei Adipositas. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gaben die Gutachter eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0) an. Die Gutachter hielten fest (IV-act. 237-36 ff.), aus somatischer Sicht sei die Versicherte aufgrund einer chronischen Schmerzsymptomatik mit einer muskuloskelettalen Dekonditionierung und leichten degenerativen Veränderungen in ihrer Leistung leicht eingeschränkt. Es handle sich dabei um eine rasche Ermüdbarkeit und Konzentrationsstörungen. Bei einer Rekonditionierung würden gute Ressourcen bestehen. In einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit sei die Versicherte zu 80% arbeitsfähig. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Nach einer psychischen Konditionierung, für welche ein Zeitraum von einem halben Jahr für erforderlich gehalten werde, sei die Versicherte in Tätigkeiten, welche ihrem Ausbildungsniveau entsprächen, zu 100% arbeitsfähig. Der psychiatrische Gutachter führte im Teilgutachten vom 6. Juni 2016 insbesondere aus (IV-act. 237-26, 237-30), im Rahmen der Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf eine klinisch relevante depressive Symptomatik mit gedrückter Stimmung, Verminderung des Antriebs, erhöhter Ermüdbarkeit oder verminderter Konzentration und Aufmerksamkeit gefunden. Ebenso hätten keine Hinweise auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine ängstliche Persönlichkeitsstörung oder gar auf eine generalisierte Angststörung bestanden. Symptome, die einer posttraumatischen Belastungsstörung zuzuordnen wären (Nachhallerinnerungen, Teilnahmslosigkeit, affektive Reaktionen bei Bericht über belastende Ereignisse [Autounfall, Tod des Vaters]), seien nur insofern festzustellen gewesen, als die Versicherte angegeben habe, die schönste Zeit in ihrem Leben sei gewesen, als der Vater noch gelebt habe, und sie beim Berichten, dass ihr Vater im Heimatland ermordet worden sei, leicht habe weinen müssen. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung sei von den behandelnden Fachärzten ohne Rücksicht auf die für die Diagnose erforderlichen Kriterien gemäss der ICD-10 gestellt worden. Anzunehmen sei eine neurotische Fehlentwicklung, welche 1998 hätte unterbrochen werden können. Der rheumatologische Gutachter notierte zudem im Teilgutachten vom 15. April 2016 (IV-act. 237-50), die von der Versicherten beschriebene Schmerzsymptomatik lasse sich durch die erhobenen objektiven Befunde

nicht erklären. In der Konsensbeurteilung hielten die Gutachter fest (IV-act. 37 ff.), bidisziplinär resultiere in der aktuellen Tätigkeit als Näherin an einer geschützten Arbeitsstelle bei einer ganztägigen Präsenz mit einem erhöhten Pausenbedarf eine mindestens 80%ige Arbeitsfähigkeit. In einer leichten bis mittelschweren adaptierten Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt sei die Versicherte zu mindestens 80% arbeitsfähig. Dabei sollte es sich nach Möglichkeit um eine wechselbelastende Tätigkeit ohne lange Zwangshaltungen im Sitzen oder Stehen handeln. Im zeitlichen Verlauf bestehe aus rheumatologischer Sicht seit mindestens dem Jahr 2007 eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in leichten und mittelschweren Tätigkeiten. Seit der Begutachtung im Jahr 2007 sei es zu keiner namhaften Verschlechterung des Gesundheitszustands gekommen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe die im Jahr 1999 diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung seit Dezember 2002 nicht mehr. Am 20. Juli 2016 (IV-act. 238) bat die IV-Stelle den psychiatrischen Gutachter um eine ergänzende Stellungnahme bezüglich seiner Aussage, seit dem 6. Dezember 2002 habe sich der Gesundheitszustand der Versicherten verbessert, da seither keine somatoforme Schmerzstörung mehr beschrieben worden sei. Im psychiatrischen Teilgutachten des MSGG vom 31. August 2007 sei noch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden. Der psychiatrische Gutachter hielt am 5. September 2016 fest (IV-act. 241), im Jahr 2007 sei die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) noch nicht in die ICD-10 aufgenommen gewesen. Dr. I. ___ habe im Bericht vom 12. März 2015 keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, sondern eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert. Auch med. pract. J. ___ habe im Bericht vom 9. Juli 2015 keine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Seit dem 6. Dezember 2002 sei die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung von den behandelnden Ärzten nicht mehr aufgeführt worden. Das psychiatrische Teilgutachten des MSGG vom 31. August 2007 habe ihm nicht vorgelegen und sei auch im Aktenverzeichnis der von der IV-Stelle übersandten Unterlagen nicht aufgeführt gewesen. Insofern könne er nicht beurteilen, ob die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung korrekt gestellt worden sei. Sollte diese korrekt gestellt worden sein, so habe sich der Gesundheitszustand der Versicherten erst danach, also nach dem 31. August 2007, verändert. Der RAD-Arzt Dr. H. ___ notierte am 14. September 2016 (IV-act. 242), das Gutachten mit der ergänzenden Stellungnahme sei umfassend und schlüssig. Darauf könne abgestellt werden. Mit einem Vorbescheid vom 25. Oktober 2016 stellte die IV-Stelle der Versicherten bei einem IV-Grad von 16% die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (IV-act. 246). Zur Begründung führte sie an, die bisherige Rente sei mit einer Verfügung vom 9. September 2013 rechtskräftig eingestellt worden. Im Rahmen der Wiederanmeldung vom 13. Juni 2014 sei der medizinische Sachverhalt gutachterlich geklärt worden. Demnach bestehe in leichten bis mittelschweren Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Bezüglich des Valideneinkommens sei auf den bisherigen, entsprechend aufgewerteten Wert abgestellt worden. Beim Valideneinkommen (recte: Invalideneinkommen) werde auf die Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE), Privater Sektor, Niveau 1, verwiesen. Eine Anpassung wegen des Minderverdienstes sei vorgenommen worden. Am 30. November 2016 erhob die Versicherte einen Einwand (IV-act. 247). Sie beantragte sinngemäss die Zusprache der gesetzlichen Leistungen. Zur Begründung führte sie an, beim Valideneinkommen sei ebenfalls auf den LSE-Lohn abzustellen, da nicht wahrscheinlich sei, dass sie freiwillig einen Minderverdienst in Kauf nähme, wenn sie bei guter Gesundheit

wäre. Des Weiteren sei bei der Prüfung des psychiatrischen Teilgutachtens vom 6. Juni 2016 der Eindruck entstanden, der Fokus des Gutachters habe nicht auf der eigenen Diagnosestellung, sondern darauf gelegen, wie er die Diagnosen der anderen Fachärzte und auch der Vorgutachter habe widerlegen können. Es sei davon auszugehen, dass auch den anderen Fachpsychiatern und Gutachtern die Richtlinien nach ICD-10 bekannt gewesen seien und sie ihre Diagnosen danach gestellt hätten. Der psychiatrische Gutachter habe den gleichbleibenden Sachverhalt anders beurteilt als die Vorgutachter. Das psychiatrische Teilgutachten erfülle die Anforderungskriterien nicht. Des Weiteren sei vor der Begutachtung versäumt worden, bei Dr. I.____ einen aktuellen Bericht einzuholen. Mit einem Schreiben vom 4. Januar 2017 reichte die Versicherte einen Bericht von Dr. I.____ vom 29. Dezember 2016 ein (IV-act. 249). Dr. I.____ hielt darin fest, der Gesundheitszustand der Versicherten sei unverändert. Sie sei weiterhin depressiv, im Antrieb vermindert, im Denken eingeengt und sehr ängstlich. Sie leide unter innerer Unruhe, Antriebslosigkeit, Freudlosigkeit, starker Müdigkeit, negativen Zwangsgedanken, Schuldgefühlen, starken Schlafstörungen mit Morgentief, habe Konzentrationsschwierigkeiten; sie zeige eine starke Tendenz zum sozialen Rückzug. Dies spreche für eine mittel- bis schwergradige rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.11 und F33.2). Dazu sei sie sehr ängstlich, fühle sich gefährdet und beobachtet und werde immer noch von zwanghaften Erinnerungen an den Tod des Vaters geplagt und in der Nacht von Alpträumen heimgesucht. Sie sei sehr lustlos und finde häufig alles sinnlos. Beim Bestehen solcher Symptome könne man von einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) sprechen. Die Bemerkung des psychiatrischen Gutachters, er (Dr. I.____) habe keine Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung erwähnt, sei nicht richtig. Eine somatoforme Schmerzstörung werde diagnostiziert, wenn der Schmerz in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder schweren psychischen Belastungen auftrete. Bei der Versicherten bestünden emotionale Konflikte; psychosoziale Probleme habe sie nicht. Die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sei eingeführt worden, um den psychischen Aspekten eine wichtige Rolle im Schweregrad, in der Exazerbation oder in der Persistenz der Beschwerden zuzuschreiben. Ihr werde jedoch keine kausale Bedeutung beigemessen, da sie nicht hinreichend von der anhaltenden Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) abgrenzbar erscheine. Bei der Versicherten fänden sich auch die Symptome einer generalisierten Angststörung. Die Versicherte sei nämlich stets besorgt, dass ihren Kindern oder ihrem Ehemann etwas zustossen könnte. Häufig werde sie von den Vorahnungen eines drohenden Unglücks geplagt. Deswegen könne man von einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1) sprechen. Er erachte das psychiatrische Teilgutachten als unzulänglich. Am 24. Januar 2017 bat die IV-Stelle den psychiatrischen Gutachter um eine Stellungnahme zum Schreiben von Dr. I.____ (IV-act. 251). Der psychiatrische Gutachter hielt am 7. April 2017 fest (IV-act. 253), Dr. I.____ habe zur Diagnose eines chronifizierten Schmerzsyndroms somatisch und psychisch bedingt seine eigene Theorie dargelegt, indem er festgehalten habe, die Diagnose sei eingeführt worden, um den psychischen Aspekten eine wichtige Rolle im Schweregrad, in der Exazerbation oder in der Persistenz der Beschwerden zuzuschreiben; ihr werde jedoch keine kausale Bedeutung zugemessen, da sie nicht hinreichend von der anhaltenden Schmerzstörung abgrenzbar erscheine. Anschliessend habe Dr. I.____ den Sachverhalt vollständig verwirrt, indem er notiert habe, aus diesem Grund sei die Bemerkung des psychiatrischen Gutachters, er (Dr. I.____) habe die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt, nicht richtig.

Entsprechend dem Bericht von Dr. I.____ vom 29. Dezember 2016 leide die Versicherte neu an einer mittel- bis schwergradigen rezidivierenden depressiven Störung. Darüber hinaus habe Dr. I.____ nun die Diagnose einer generalisierten Angst störung (ICD-10 F41.1) gestellt, nachdem er zuvor eine ängstliche Persönlichkeits störung (ICD-10 F60.6) festgestellt habe. Anhaltspunkte, die es erlauben würden, von der im psychiatrischen Teilgutachten abgegebenen Beurteilung abzuweichen, fänden sich im Schreiben von Dr. I.____ nicht. Mit einer Verfügung vom 12. Mai 2017 wies die IV-Stelle, entsprechend dem Vorbescheid, das Leistungsbegehren ab (IV-act. 255). Zu den Einwänden führte sie an, Anhaltspunkte, die es erlauben würden, von der gutachterlichen Einschätzung abzuweichen, bestünden nicht. Die Annahme, dass sich die Versicherte bei guter Gesundheit nicht mit einem Minderverdienst zufriedengegeben hätte, könne aus heutiger Sicht nicht abschliessend beurteilt werden. Die Frage nach dem Valideneinkommen sei angesichts der medizinischen Sachlage jedoch nicht entscheidungsrelevant. Die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) erhob am 14. Juni 2017 eine Beschwerde (act. G 1). Sie beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 12. Mai 2017 und die Zusprache einer Rente. Eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen. Zudem beantragte sie die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsverbeiständung. Ergänzend zu den Einwänden im Vorbescheidverfahren machte die Beschwerdeführerin geltend, der psychiatrische Gutachter sei ausser auf der Liste der IV-Gutachter im Kanton Zürich inexistent. Dieser erscheine nicht im FMH-Index und es gebe keinen offiziellen Telefonbucheintrag über ihn. Diese Inexistenz wirke nicht vertrauensbildend. Das Gutachten sei entsprechend kritisch zu würdigen. Zudem dränge sich eine Abklärung auf, ob der Gutachter noch zugelassen sei. Auf das psychiatrische Gutachten könne nicht abgestellt werden, weil der Gutachter offensichtlich nicht im Besitz sämtlicher Vorakten gewesen sei. Dieser habe im Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 5. September 2016 nämlich mitgeteilt, dass er nie im Besitz des psychiatrischen Teilgutachtens des MGSG vom 31. August 2007 gewesen sei. Er habe dieses auch nie nachgefordert, obwohl aus den Akten ersichtlich gewesen sei, dass es existiere. Das Gutachten weise damit einen erheblichen Mangel auf. Weiter erstaune, dass der psychiatrische Gutachter ausser der Neurasthenie keine Diagnose habe feststellen können. Selbst dem rheumatologischen Gutachter sei eine deutliche Dämpfung der Versicherten aufgefallen. Die Kritik des psychiatrischen Gutachters an den Berichten von Dr. I.____ sei nicht gerechtfertigt. Der Gutachter habe sich mit keinem Wort zum traumatischen Autounfall, welcher sich im Jahr 2014 ereignet habe, geäußert, bei welchem ihre Tante und ihr Onkel je ein Bein verloren hätten und sie selbst bewusstlos gewesen sei. Er habe diesen Aspekt zwar notiert, anschliessend aber wohl vergessen oder ignoriert und die Ausführungen von Dr. I.____ in Zusammenhang mit dem Autounfall im Jahr 1997 und dem Tod des Vaters im Jahr 2004 gesetzt. Die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters weiche von denjenigen aller anderen Gutachtern und der behandelnden Ärzte ab und müsse als fehlerhafter Ausreisser betrachtet werden. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 7. September 2017 die Abweisung der Beschwerde (act. G 8). Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass nicht ersichtlich sei, inwiefern das psychiatrische Teilgutachten nicht nachvollziehbar sein solle. Der psychiatrische Gutachter habe begründet, weshalb die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung, der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und der Depression nicht habe gestellt werden können. Er habe zu den früheren ärztlichen Einschätzungen von Dr. I.____, med. pract. K.____ und med. pract. J.____ Stellung genommen. So sei die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung ohne

Rücksicht auf die für die Diagnose erforderlichen Kriterien entsprechend der ICD-10 gestellt worden. Der psychiatrische Gutachter sei sowohl im Medizinalberuferegister des Bundes als auch im Ärzteverzeichnis der FMH aufgeführt. Das Versicherungsgericht bewilligte am 11. September 2017 das Gesuch um die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) für das Beschwerdeverfahren (act. G 9). Die Beschwerdeführerin machte in ihrer Replik vom 11. Oktober 2017 ergänzend geltend (act. G 11), die Ausführungen der Beschwerdegegnerin änderten wenig am Umstand, dass ein zentrales Gutachten nicht berücksichtigt worden und damit das vorliegende Gutachten nicht in Kenntnis der gesamten Vorakten abgegeben worden sei. Des Weiteren habe die Beschwerdegegnerin ausgeführt, die posttraumatische Belastungsstörung sei ohne jegliche Rücksicht auf die für die Diagnose erforderliche Kriterien entsprechend der ICD-10 gestellt worden. Sie habe sich dabei auf die pauschale Behauptung des Gutachters gestützt. Nicht erwiesen sei jedoch, dass die erforderlichen Kriterien nicht beachtet worden seien. Dazu wären Ausführungen notwendig gewesen, was die diagnostizierenden Ärzte zum Zeitpunkt der Diagnosestellung nicht beachtet hätten. Ebenfalls widersprüchlich erscheine die Aussage, die Beschwerdeführerin sei seit dem 10. März 2015 in der Klinik C. ___ in Behandlung, obwohl gemäss dem Gutachter ein normaler psychischer Befund vorliege. Der psychiatrische Gutachter besitze keine Telefonnummer und sei in der Praxis, in welcher er das Gutachten exploriert habe, nicht offiziell aufgeführt. Davon auszugehen sei, dass er nur noch für Versicherungen Gutachten schreibe, was ihn nicht glaubwürdiger mache. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 13). Erwägungen Die Beschwerdeführerin hat ab 1. Juli 1998 eine halbe Rente und ab 1. Januar 2004 bis 31. Oktober 2013 eine Dreiviertelrente bezogen. Mit einer Verfügung vom 9. September 2013 ist die Dreiviertelrente eingestellt worden (IV-act. 159). Mit einer weiteren Verfügung vom 9. September 2013 hat die Beschwerdegegnerin entschieden (IV-act. 160), die Dreiviertelrente weiter auszurichten, wenn Massnahmen zur Wiedereingliederung durchgeführt würden, längstens bis zum 31. Oktober 2015. Mit einer Verfügung vom 23. Oktober 2015 hat die Beschwerdegegnerin die beruflichen Massnahmen abgebrochen und die Weiterausrichtung der Dreiviertelrente eingestellt (IV-act. 223). Sämtliche Verfügungen sind unangefochten in Rechtskraft erwachsen. Die Dreiviertelrente ist somit formell rechtskräftig eingestellt worden. Am 12. Juni 2014 hat sich die Beschwerdeführerin erneut zum Leistungsbezug angemeldet (IV-act. 179). Dabei kann es sich also nur um eine Neuanmeldung gehandelt haben. Gemäss Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Die Beschwerdeführerin hat mit der Anmeldung vom 12. Juni 2014 einen Bericht von Dr. I. ___ vom 26. Mai 2014 eingereicht. Dr. I. ___ hat darin angegeben (IV-act. 180-1), die Beschwerdeführerin stehe seit dem 26. September 2013 bei ihm in Behandlung. Er habe eine mittel- bis schwergradige Depression (ICD-10 F32.11, F32.2), eine ängstliche Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) und ein Schmerzsyndrom nach einem Autounfall mit Polytrauma diagnostiziert. Aufgrund der anamnestischen Angaben bestehe die Depression schon seit einigen Jahren. In der letzten Zeit habe sie sich jedoch intensiviert. Der Hausarzt Dr. F. ___ hatte in einem Verlaufsbericht vom 28. Juli 2012 (IV-act. 137) die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, anamnestisch leichte Episoden (ICD-10 F33.0, DD rezidivierende kurze depressive Episoden, ICD-10 F38.1), notiert. Er hatte angegeben, die Beschwerdeführerin befinde sich nicht in

psychiatrischer oder psychologisch-psychotherapeutischer Behandlung. Die Beschwerdeführerin hat sich somit ab September 2013 in psychiatrische Behandlung gegeben. Die von Dr. I.____ gestellten Diagnosen sind schwerwiegender als jene, die Dr. F.____ gestellt hatte. Damit ist plausibel, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verschlechtert hat. Die Beschwerdeführerin hat eine wesentliche Verschlechterung ihres Gesundheitszustands seit dem Erlass der renteneinstellenden Verfügung vom 9. September 2013 glaubhaft gemacht. Die Beschwerdegegnerin ist somit zu Recht auf die Neuanschuldung eingetreten. Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 12. Mai 2017 einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin bei einem IV-Grad von 16% verneint. Strittig ist somit, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Um das zumutbare Invalideneinkommen ermitteln zu können, muss der verbliebene Arbeitsfähigkeitsgrad der Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Die Beschwerdegegnerin hat dazu das Arbeitsmedizin Zentrum Winterthur (AZW) mit der Erstellung eines bidisziplinären Gutachtens beauftragt. Im Gutachten des AZW vom 13. Juni 2016 ist dazu angegeben worden, die Beschwerdeführerin sei aus somatischer Sicht in ihrer aktuellen Tätigkeit als Näherin an einer geschützten Arbeitsstelle bei einer ganztägigen Präsenz mit einem erhöhten Pausenbedarf zu mindestens 80% arbeitsfähig. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Nach einer psychischen Konditionierung, für die ein Zeitraum von einem halben Jahr für erforderlich gehalten werde, werde die Beschwerdeführerin wieder zu 100% arbeitsfähig sein. In einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt sei die Beschwerdeführerin ebenfalls zu mindestens 80% arbeitsfähig. Dabei sollte es sich um eine wechselbelastende Tätigkeit ohne lange Zwangshaltungen im Sitzen oder Stehen handeln. Im zeitlichen Verlauf bestehe aus rheumatologischer Sicht seit mindestens dem Jahr 2007 eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in leichten und mittelschweren Tätigkeiten. Aus psychiatrischer Sicht bestehe die im Jahr 1999 diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung seit Dezember 2002 nicht mehr. In der ergänzenden Stellungnahme vom 5. September 2016 hat der

psychiatrische Gutachter festgehalten, sofern im psychiatrischen Teilgutachten des MGSG vom 31. August 2007 die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung korrekt gestellt worden sei, habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin erst danach verbessert. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob dem Gutachten voller Beweiswert zukommt, das heisst, ob es die angegebene Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt. Ein Gutachten hat vollen Beweiswert, wenn es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist und in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und wenn die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Notwendig ist zudem, dass der psychiatrische Gutachter die vom Bundesgericht in Bezug auf anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden aufgestellten und später auf alle psychischen Erkrankungen, insbesondere auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen, anwendbar erklärten Standardindikatoren berücksichtigt hat (vgl. BGE 141 V 281; 143 V 409 und 143 V 418). Der rheumatologische Gutachter hat die Beschwerdeführerin persönlich untersucht, ihre subjektiven Klagen aufgenommen, die objektiven klinischen Befunde wiedergegeben, umfassende Kenntnis von den Vorakten gehabt und diese gewürdigt. Insbesondere hat er festgehalten (rheumatologisches Teilgutachten vom 15. April 2016, IV-act. 237-49), die objektivierbaren Befunde mit leichten bis höchstens mässiggradigen degenerativen Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule entsprächen weitgehend dem Alterskollektiv; die generalisierte Schmerzsymptomatik lasse sich hiermit nicht erklären. Auch in der körperlichen Untersuchung hätten sich keine relevanten objektivierbaren pathologischen Veränderungen gefunden. Die Schmerzproblematik sei aus somatischer Sicht nicht erklärbar gewesen. Im Rahmen einer chronischen Schmerzsymptomatik mit einer muskuloskelettalen Dekonditionierung und leichten degenerativen Veränderungen sei die Beschwerdeführerin in ihrer Leistung leicht eingeschränkt. Hierbei handle es sich um eine rasche Ermüdbarkeit und Konzentrationsstörungen. Diese Beurteilung decke sich weitgehend mit den früher durchgeführten somatischen Beurteilungen. Auch die aktuelle Diagnose decke sich im Wesentlichen mit derjenigen der rheumatologischen Begutachtung im Jahr 2007. In einer leichten bis mittelschweren, nach Möglichkeit wechselbelastenden Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt sei die Versicherte zu 80% arbeitsfähig. Diese Ausführungen zu den Befunden, der Diagnose und der verbleibenden Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sind schlüssig und nachvollziehbar. Der psychiatrische Gutachter hat die Beschwerdeführerin ebenfalls persönlich untersucht, ihre subjektiven Klagen aufgenommen und die objektiven klinischen Befunde wiedergegeben. Er hat – möglicherweise mit Ausnahme des psychiatrischen Gutachtens des MGSG vom 31. August 2007 – Kenntnis von den Vorakten gehabt und diese gewürdigt. Insbesondere hat er im psychiatrischen Teilgutachten vom 6. Juni 2016 aufgezeigt, dass sich im Rahmen der Untersuchung keine Hinweise auf eine klinisch relevante depressive Symptomatik, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine ängstliche Persönlichkeitsstörung oder gar auf eine generalisierte Angststörung gefunden hätten. Er hat festgehalten, die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung sei von den behandelnden Fachärzten ohne Rücksicht auf die für die Diagnose erforderlichen Kriterien gemäss der ICD-10 gestellt worden. Er hat im Gutachten und in den ergänzenden Stellungnahmen vom 5. September 2016 und 7. April 2017 seine von Dr. I. ___ und von med. pract. J. ___ abweichende Diagnosestellung und

Arbeitsfähigkeitsschätzung begründet und aufgezeigt, gestützt auf welche objektiven Befunde er die Diagnose einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0) gestellt hat. Er ist in seiner Beurteilung zwar erheblich von denjenigen von Dr. I.____ und med. pract. J.____ abgewichen, welche der Beschwerdeführerin unter anderem eine mittel- bis schwergradige rezidivierende depressive Störung, eine posttraumatische Belastungsstörung und eine chronifiziertes Schmerzsyndrom somatisch und psychisch bedingt diagnostiziert hatten. In Anbetracht des Umstands, dass eine Neurasthenie ebenfalls ein Schmerzempfinden beinhaltet und mit Depression und Angst einhergehen kann (vgl. die Umschreibung der Symptomatik in der ICD-10-WHO Version 2019, Stand 1. November 2019) und dass weitere Diagnosen ausgeschlossen worden sind, überzeugt die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters, zumal dabei auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass die behandelnden Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen pflegen und dazu neigen, die pessimistischen Beschwerdeschilderungen ihrer Patienten als objektiv ausgewiesen zu qualifizieren (vgl. BGE 125 V 353, E. 3b.cc; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 5. April 2004, I 814/03, E. 2.4.2). Festzustellen bleibt, dass der psychiatrische Gutachter die nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung anwendbaren Standardindikatoren nicht im Detail berücksichtigt hat. Er hat sich jedoch insbesondere zu den Ressourcen und der Konsistenz geäußert und ist zum Schluss gelangt, die beklagten Beschwerden seien durch die Neurasthenie erklärbar. Vor diesem Hintergrund und in Anbetracht dessen, dass eine Neurasthenie kaum je eine Arbeitsunfähigkeit bewirken kann, vermag dies den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern. Festzuhalten ist schliesslich, dass die beiden Gutachter auch eine Konsensbeurteilung abgegeben haben, wonach bidisziplinär eine Arbeitsfähigkeit von 80% für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt resultiert habe. Zu prüfen bleibt, ob die Einwände der Beschwerdeführerin Zweifel am Gutachten zu wecken vermögen. Die Beschwerdeführerin hat eingewendet, auf das psychiatrische Gutachten könne nicht abgestellt werden, weil nicht sämtliche Vorakten berücksichtigt worden seien. Der psychiatrische Gutachter habe nämlich am 5. September 2016 angegeben, er sei nie im Besitz des psychiatrischen Teilgutachtens des MGSG vom 31. August 2007 gewesen. Tatsächlich hat der psychiatrische Gutachter das MGSG-Gutachten in der Übersicht der erhaltenen Vorakten nicht aufgeführt und auch nicht nachträglich angefordert. Die Beschwerdegegnerin hat dem AZW auf dessen Bitte hin für die psychiatrische Begutachtung ein zweites Aktendossier auf CD zugestellt (IV-act. 231). Damit besteht die Möglichkeit, dass er das Gutachten – im Gegensatz zum rheumatologischen Gutachter, der sich im Aktenauszug und in der Beurteilung ausdrücklich auf das MGSG-Gutachten bezogen hat – nicht erhalten hat. Dies stellt zwar ein Manko des psychiatrischen Teilgutachtens dar, ist aber offenkundig nicht geeignet, dessen Beweiswert zu erschüttern. Abklärungsgegenstand ist nämlich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitraum ab der Neuanmeldung am 12. Juni 2014 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 12. Mai 2017. Diese Neuanmeldung ist in Bezug auf die Beurteilung des Gesundheitszustands wie ein erstmaliges Rentenersuchen (und nicht als Revisionssachverhalt) zu beurteilen. Damit ist davon auszugehen, dass der fehlende Bezug des MGSG-Gutachtens aus dem Jahr 2007 in Bezug auf die Frage der verbleibenden Arbeitsfähigkeit im verfahrensrelevanten Zeitraum nicht ausschlaggebend ist. Die Beschwerdeführerin hat des Weiteren geltend gemacht, der psychiatrische Gutachter habe sich nicht zum traumatischen Autounfall im Jahr 2014 geäußert, bei welchem ihre Tante

und ihr Onkel je ein Bein verloren hätten und sie selbst bewusstlos geworden sei. Er habe die Äusserungen von Dr. I. ___ zum Unfall im Jahr 1997 und zum Tod des Vaters im Jahr 2004 in Beziehung gesetzt. Damit habe er ignoriert, dass danach erneut ein traumatisches Ereignis stattgefunden habe. Der psychiatrische Gutachter hat im Abschnitt über die biographische und berufliche Anamnese erwähnt, dass die Beschwerdeführerin vor zwei Jahren, also im Jahr 2014, miterlebt habe, wie ihre Tante und ihr Onkel einen Autounfall erlitten hätten. Offensichtlich ist dieser Unfall in Bezug auf die Beurteilung des psychischen Gesundheitszustands irrelevant gewesen, denn sonst hätte sich der psychiatrische Gutachter dazu geäussert. Im Übrigen hat auch Dr. I. ___ diesen Unfall nie erwähnt. Der Einwand der Beschwerdeführerin ist damit nicht stichhaltig. Die Beschwerdeführerin hat schliesslich eingewendet, der psychiatrische Gutachter besitze keine Telefonnummer und sei in der Praxis, in welcher er das Gutachten exploriert habe, nicht offiziell aufgeführt. Davon auszugehen sei, dass er nur noch für Versicherungen Gutachten schreibe, was ihn nicht glaubwürdiger mache. Dieser Einwand ist nicht geeignet, den Beweiswert des Gutachtens zu schmälern. Selbst wenn der psychiatrische Gutachter nur noch versicherungsmedizinische Gutachten verfassen sollte, stellte dies allein offensichtlich keinen Grund dar, an seiner Glaubwürdigkeit zu zweifeln. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Einwände der Beschwerdeführerin keine Zweifel am Beweiswert des Gutachtens zu wecken vermögen. Damit ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht nur leicht in ihrer funktionellen Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist und dass aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. In einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit ist die Beschwerdeführerin auf dem ersten Arbeitsmarkt zu mindestens 80% arbeitsfähig. Dabei sollte es sich nach Möglichkeit um eine wechselbelastende Tätigkeit ohne lange Zwangshaltungen im Sitzen oder Stehen handeln. Nachdem der Arbeitsfähigkeitsgrad der Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht, ist der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich zu überprüfen. Zunächst ist massgebend, auf welcher Basis der Einkommensvergleich durchzuführen ist. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs (Art. 29 Abs. 1 IVG). Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die unter anderem während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Die Beschwerdeführerin hat sich im Juni 2014 zum Leistungsbezug angemeldet. Wie im Folgenden aufgezeigt wird, resultiert aus dem Einkommensvergleich kein Rentenanspruch. Unter diesen Umständen kann offen bleiben, ob das Wartejahr erfüllt gewesen wäre. Aufgrund der sechsmonatigen Frist seit der Anmeldung ist der potentielle Rentenbeginn auf den 1. Dezember 2014 festzusetzen. Basis für den Einkommensvergleich bilden somit die Verhältnisse im Jahr 2014. Die Beschwerdeführerin hat in L. ___ während acht Jahren die Schule besucht und eine einjährige Ausbildung zur Näherin absolviert. Mit 16 Jahren ist sie in die Schweiz eingereist und hat während eines Jahres die Deutschklasse besucht (vgl. IV-act. 16, 237-23, 237-44). Von September 1996 bis April 1997 hat sie bei B. ___ als Näherin gearbeitet. Das AHV-pflichtige Einkommen hat im Jahr 1996 Fr. 10'978.-- und im Jahr 1997 Fr. 5'334.-- bzw. Fr. 13.-- pro Stunde zuzüglich 8.33% Ferien- und Feiertagsentschädigung, das heisst Fr. 14.10, betragen (IV-act. 15, Fremdakten-act. 1-1). Diese Anstellung ist die einzige auf dem ersten Arbeitsmarkt gewesen. Seit dem Jahr 2000 (und damit nach dem Unfall vom 19. Juli 1997) arbeitet die Beschwerdeführerin an einer geschützten Arbeitsstelle bei der

E.____, zunächst in der Montage-Abteilung und anschliessend im Näh-Atelier. Das Einkommen ist im Vergleich zu einem durchschnittlichen Hilfsarbeiterlohn tiefer gewesen. Es hat nämlich bei einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden Fr. 29'326.-- pro Jahr (Fr. 14.10 x 40 Stunden x 4.33 Wochen x 12 Monate) betragen, während sich der statistische Zentralwert für Hilfsarbeiterinnenlöhne im Jahr 1996 auf Fr. 3'455.-- pro Monat bzw. Fr. 41'460.-- pro Jahr belaufen hat (vgl. die Schweizerische Lohnstrukturerhebung 1996, Tabelle TA 1, Anforderungsniveau 4). Obwohl die Beschwerdeführerin angegeben hat, Freude an der Arbeit als Näherin zu haben, ist davon auszugehen, dass sie deswegen nicht freiwillig einen erheblich tieferen Lohn erzielt hätte, wenn sich ihr die Möglichkeit geboten hätte, eine durchschnittlich entlohnte Stelle als Hilfsarbeiterin anzutreten. Damit ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin einen durchschnittlich bezahlten Hilfsarbeiterlohn erzielt hätte. Das Valideneinkommen entspricht somit dem statistischen Zentralwert der Hilfsarbeiterlöhne, vorliegend Fr. 53'793.-- für das Jahr 2014 (vgl. Anhang 2 der IV-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2019). In Bezug auf die Bemessung des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens ist massgebend, dass der Beschwerdeführerin aufgrund der fehlenden Berufsausbildung einzig eine Invalidenkarriere als Hilfsarbeiterin offensteht. Praxisgemäss ist ebenfalls auf die Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik abzustellen, also auf das durchschnittliche Einkommen für eine Hilfsarbeiterin im Jahr 2014 in der Höhe von Fr. 53'793.--. Dieses ist entsprechend der Arbeitsunfähigkeit um 20% zu reduzieren, was einen Jahreslohn von Fr. 43'035.-- ergibt. Die Beschwerdeführerin hat im Vergleich zu einer zu 80% beschäftigten gesunden Hilfsarbeiterin aber keine Möglichkeit mehr, ein Einkommen in dieser Höhe zu erzielen. Sie kann nur noch körperlich leichte bis mittelschwere, nach Möglichkeit wechselbelastende Tätigkeiten ohne lange Zwangshaltungen im Sitzen oder Stehen ausüben. Aus der Sicht eines betriebswirtschaftlich-ökonomisch handelnden Arbeitgebers ist der Wert der Arbeitsleistung der Beschwerdeführerin vermindert, da sie unfähig wäre, bei einem betrieblichen Bedarf vorübergehend Überstunden zu leisten oder sich an einem nicht adaptierten Arbeitsplatz einsetzen zu lassen. Längerfristig betrachtet bestünde zudem das Risiko von vermehrten krankheitsbedingten Absenzen. Geht man von einem ökonomischen Invaliditätsbegriff aus bzw. will man einen Soziallohnanteil ausscheiden, ist wegen diesen Nachteilen, die zwingend zu einem Minderlohn führen würden, bei der Ermittlung des Ausgangswerts des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens eine Korrektur vom Zentralwert vorzunehmen: Praxisgemäss erscheint ein Tabellenlohnabzug von 10% als angemessen. Damit beläuft sich das zumutbare Invalideneinkommen auf Fr. 38'732.--. Die verbleibende Restarbeitsfähigkeit ist verwertbar. Die Gutachter haben folgende Adaptionkriterien aufgestellt: Leichte bis mittelschwere, nach Möglichkeit wechselbelastende Tätigkeit ohne lange Zwangshaltungen im Sitzen oder Stehen. Eine solche Tätigkeit besteht beispielsweise in leichteren Maschinenbedienungs-, Kontroll-, Sortier-, Prüf- sowie Verpackungsarbeiten. Auf dem allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt bestehen Stellen mit diesem Anforderungsprofil in ausreichender Anzahl. Bei einem Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 53'793.-- und einem zumutbaren Invalideneinkommen in der Höhe von Fr. 38'732.-- resultiert ein IV-Grad von 28%. Die Beschwerdegegnerin hat einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente somit im Ergebnis zu Recht verneint. Die Beschwerde ist demnach 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 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist sie von der Bezahlung zu befreien. Der Staat bezahlt zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat keine Honorarnote eingereicht. In einem durchschnittlich aufwändigen IV-Rentenfall wie dem vorliegenden spricht das Versicherungsgericht praxisgemäss eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit entschädigt der Staat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer). Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung der Gerichtskosten und zur Rückerstattung der Parteientschädigung 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 Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin wird zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege von der Bezahlung der Gerichtskosten befreit. Der Staat entschädigt die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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