

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/275 vom 5. November 2019

Sg Versicherungsgericht, 2019-11-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_275

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/275 du 5 novembre 2019

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/275 del 5 novembre 2019

Regeste

Art. 17 Abs. 1 ATSG. Revisionsweise Renteneinstellung nach bidisziplinärer Begutachtung. Für die ursprüngliche Rentenzusprache waren psychische Beeinträchtigungen ausschlaggebend. Diesbezüglich ist eine Verbesserung der – insbesondere wegen einer akut belastenden familiären und finanziellen Situation entstandenen – Beeinträchtigungen ausgewiesen. Somatisch hat sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zwar unstreitig verschlechtert, jedoch nicht in einem rentenrelevanten Ausmass (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. November 2019, IV 2017/275).

Volltext

Entscheid vom 5. November 2019 Besetzung Versicherungsrichterinnen Miriam Lendfers (Vorsitz), Michaela Machleidt Lehmann und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen Geschäftsnr. IV 2017/275 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Fürsprecher lic. iur. Daniel Küng, Anwaltskanzlei St. Jakob, St. Jakob Strasse 37, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rentenrevision (Einstellung) Sachverhalt A.____ meldete sich im Oktober 2003 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 1). Sie war von 1990 bis Ende 2003 vollzeitlich bei der B.____ AG als Stoffprüferin angestellt gewesen (IV-act. 8). Die Arbeitgeberin hatte ihr wegen häufiger gesundheitsbedingter Absenzen gekündigt (IV-act. 8-7). Von September 2000 bis September 2003 hatte sie zusätzlich während 2½ Stunden täglich als Reinigungskraft gearbeitet (IV-act. 5). Im Auftrag der IV begutachtete Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, die Versicherte. Im Gutachten vom 28. April 2004 mass er folgenden Diagnosen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu: einem panvertebralen Schmerzsyndrom mässigen Grades bei ausgeprägter muskulärer Dysbalance und sekundärem Fibromyalgiesyndrom im Bereich des Schultergürtels rechts sowie einer zunehmenden Dekonditionierung des Bewegungssystems (IV-act. 20-4). Der Gutachter empfahl einen Ausbau der medikamentösen Therapie (IV-act. 20-6) sowie Physiotherapie und medizinische Trainingstherapie mit Übergang in ein regelmässiges Fitnessstraining. Angepasste Tätigkeiten seien ihr «unbedingt» zumutbar, dies während 2x2 Stunden täglich, innert 2 bis 4 Monaten ausbaufähig auf 8 Stunden pro Tag (IV-act. 20-7). Der Hausarzt der Versicherten, Dr. med. D.____, hielt auf Anfrage der IV fest, die medikamentöse Therapie sei gemäss der Empfehlung von Dr. C.____ ausgebaut worden. Persönlich sei er sehr skeptisch, ob dies Erfolg bringe. Die Versicherte stehe den Massnahmen skeptisch gegenüber und sei überzeugt, dass sie nicht mehr arbeitsfähig sei (Schreiben vom 1. Oktober 2004, IV-act. 33-1). Im Verlaufsbericht vom 28. Januar 2005 erwähnte Dr. D.____

einen stationären Gesundheitszustand und hielt fest, dass die Versicherte neben der ausgebauten Schmerztherapie seit dem Gutachten von Dr. C.____ auch eine physiotherapeutische Behandlung erhalten habe. Das Fitnesstraining habe sie nicht konsequent durchführen können (IV-act. 38-4). Der zeitliche Rahmen für eine geeignete Tätigkeit (beschrieben in Ziff. 2.2.1 des Verlaufsberichts) könnte 4 Stunden am Tag betragen (IV-act. 38-7). Med. pract. E.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und med. pract. F.____, Assistenzärztin für Psychiatrie, erwähnten im Bericht vom 8./14. März 2005 einen Behandlungsbeginn am 24. Januar 2005 und nannten die Diagnose Depression und Angst gemischt mit unkontrollierten Aggressionsausbrüchen. Die Versicherte sei ca. 2-3 Stunden pro Tag arbeitsfähig (IV-act. 40 f.). Dr. D.____ schrieb die Versicherte ab 19. Februar 2005 voll arbeitsunfähig. Mitverursachend seien familiäre Probleme (IV-act. 46-2, Verlängerungen der Krankschreibung in IV-act. 46-1 und 51-1). Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) ging in einer kurzen Stellungnahme vom 17. März 2005 in Berücksichtigung der somatischen und psychiatrischen Befunde von einer Arbeitsfähigkeit von 40% aus (IV-act. 42). In einer weiteren Aktenbeurteilung vom 22. Juni 2005 äusserte er, dass zusätzliche Abklärungen nicht mehr Klarheit bringen würden. Die Zeugnisse der behandelnden Ärzte wiesen seit Anfang 2005 übereinstimmend eine Abnahme der Arbeitsfähigkeit aus, die offensichtlich vorwiegend durch die psychische Erkrankung begründet werde. Er empfahl, auf das Zeugnis von med. pract. E.____ abzustellen (IV-act. 47). Auf Drängen der Versicherten und ihres Ehemanns (vgl. IV-act. 48 f.) und nach Bitte um Verfahrensbeschleunigung durch Dr. D.____ (IV-act. 51) gewährte die IV-Stelle gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 65% eine Dreiviertelsrente ab 1. April 2004. Da auch der Ehemann IV-Rentner war, wurden die Renten plafoniert (Verfügungen vom 4. und 31. Oktober 2005, IV-act. 60, 62 ff.). Die Versicherte liess Einsprache erheben und eine ganze Rente beantragen (IV-act. 61). Nachdem der Rechtsvertreter der Versicherten mitgeteilt hatte, dass die Ehe der Versicherten am ____ 2005 geschieden worden sei (IV-act. 65), erliess die IV-Stelle am 16. November 2005 neue Verfügungen mit ab 1. Oktober 2005 unplafonierter Dreiviertelsrente (IV-act. 77-2 ff.). Die Versicherte erhob erneut Einsprache und beantragte eine ganze Rente (IV-act. 80, vgl. auch IV-act. 98 und 102). Der Rechtsdienst der IV-Stelle gelangte daraufhin zum Schluss, dass sich die Dreiviertelsrente bei einer Restleistungsfähigkeit von 27% nicht begründen lasse. Er empfahl die Aufhebung der Verfügung, die weitere Auszahlung der Dreiviertelsrente, die Vornahme weiterer Abklärungen und anschliessend die Neuverfügung (IV-act. 119). Die IV-Stelle widerrief die Verfügungen vom 31. Oktober und 16. November 2005 (IV-act. 125), berechnete einen Invaliditätsgrad von 78% (IV-act. 126, 131) und sprach der Versicherten eine ganze Rente zu (Verfügungen vom 16. Juni 2006 und 9. August 2006, IV-act. 136 f.; zu Beschwerdeerhebung, Rückzug und Gerichtsverfahrensabschreibung vgl. IV-act. 138, 151). In den Jahren 2006, 2012 und 2014 wurde die Rentenrevision geprüft, jeweils mit dem Ergebnis, dass die ganze Rente weiter ausgerichtet wurde (IV-act. 156, 167, 181, 197, 201, 213). Im Oktober 2015 leitete die IV-Stelle ein weiteres Rentenrevisionsverfahren ein (vgl. IV-act. 214). Dr. G.____ bezeichnete den Gesundheitszustand der Versicherten im Verlaufsbericht vom 13. November 2015 als stationär. Eine Rehabilitation in der Klinik Valens vom 10. September bis 7. Oktober 2014 habe keine wesentliche Besserung der Beschwerden gebracht (IV-act. 219-6; Austrittsbericht der Klinik Valens vom 16. Oktober 2014 in IV-act. 219-10 ff.). Nachdem die IV-Stelle aus dem Rentendossier des Ex-Ehemannes der Versicherten einen zwischen diesem und der Versicherten abgeschlossenen Arbeitsvertrag über Tätigkeiten als

Haushalthilfe ins Dossier der Versicherten übernommen hatte (IV-act. 220 bis 223), lud sie die Versicherte für den 29. April 2016 zum Standortgespräch ein. Darin bestätigte die Versicherte, dass sie dem Ex-Mann während etwa 18 Stunden pro Woche im Haushalt helfe und mit ihm einkaufen gehe. Der Mann erhalte Geld von der IV für die Unterstützung, er bezahle ihr Fr. 450.-- monatlich (IV-act. 228-11 f.). Im Auftrag der IV-Stelle erstatteten Dr. med. H.____, Facharzt Rheumatologie und Innere Medizin FMH, und Dr. med. I.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, am 12. Dezember 2016 ein bidisziplinäres Gutachten. In somatischer Hinsicht wurden als die Arbeitsfähigkeit beeinflussend insbesondere die Diagnosen chronisches Panvertebralsyndrom und residuelles Impingement-Syndrom der rechten Schulter genannt (IV-act. 243-15). Aus rheumatologischer Sicht müsse zwar eine Verschlechterung der degenerativen strukturellen Veränderungen L4/5 und L5/S1 im Vergleich mit dem Zeitpunkt der Rentenzusprache festgehalten werden. Dennoch bestehe aufgrund der aktuellen klinischen und radiologischen Befunde eine Arbeitsfähigkeit in einer dem Wirbelsäulenleiden angepassten Tätigkeit von mindestens 80% (IV-act. 243-21). Die Psychiaterin erwähnte lediglich psychologische Faktoren (Sorgen, Erwartungsangst, emotionale Konflikte) und Verhaltensfaktoren (Passivität, Schonen) bei andernorts klassifizierten Krankheiten (ICD 10 F54), denen sie keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zumass (IV-act. 243-44, 243-48). Die IV-Stelle kündigte mit Vorbescheid vom 28. April 2017 die Renteneinstellung an (IV-act. 249) und verfügte diese am 16. Juni 2017 auf Ende des der Verfügungszustellung folgenden Monats (IV-act. 252). Unter Hinweis auf von der Versicherten und deren Ex-Mann gegenüber einer Mitarbeiterin am 4. Juli 2017 ausgesprochene massive Drohungen wurde ihr mit Schreiben vom 6. bzw. 11. Juli 2017 seitens der IV-Stelle mitgeteilt, dass sie künftig nur noch nach Voranmeldung sowie alleine oder mit ihrem Rechtsvertreter beraten werde (IV-act. 258 f., zum telefonischen Protest des Ex-Mannes gegen dieses Schreiben vgl. IV-act. 260). Am 14. August 2017 erhob Fürsprecher lic. iur. D. Küng für die Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 16. Juni 2017. Diese sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei die ganze Rente weiterhin auszurichten. Allenfalls seien weitere Abklärungen vorzunehmen und alsdann die Rente weiter zu entrichten. Der Beschwerdeführerin sei die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht gebessert. Der bisherige Zustand, der rentenbegründend gewesen sei, bestehe weiterhin bzw. habe sich in somatischer Hinsicht sogar verschlechtert. Dass die psychischen Beschwerden zurückgegangen seien, könne in einer Untersuchung, die keine zwei Stunden gedauert habe und die keine weiteren objektiven Erkenntnisse gebracht habe, nicht verlässlich festgestellt werden. Aus dem Gutachten von Dr. I.____ gehe auch nicht eindeutig hervor, ob sie eine Verbesserung annehme oder ob sie in Abweichung der Vorbeurteiler davon ausgegangen sei, dass bei der Beschwerdeführerin zu keinem Zeitpunkt eine relevante gesundheitliche Störung vorgelegen habe. Entgegen Dr. I.____ sei die Rentenzusprache im Übrigen jedenfalls nicht allein aufgrund der Beurteilung der Psychiaterin E.____ erfolgt. Im Vordergrund hätten die somatischen Beschwerden gestanden. Abklärungsbedürftig seien im Übrigen auch die pulmonalen Beschwerden (act. G 1). Der Beschwerde lag ein Bericht von Dr. F.____ (seit 2008 praktische Ärztin FMH, <https://doctorfmh.ch>, abgerufen am 8. Oktober 2019) vom 9. März 2017 bei, in dem diese insbesondere festhielt, sie befürworte die Vorhaben und Pläne der Beschwerdeführerin für ein Zusammenwohnen mit einer Mitbewohnerin zur Stabilisierung ihrer starken somatischen und psychischen Beschwerden (act. G 1.2). Am 14.

September 2017 liess die Beschwerdeführerin einen Bericht von Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, vom 30. August 2017 einreichen. Darin ging dieser unter Hinweis auf die LWS-Beschwerden, auf Depression und Angststörung sowie Niereninsuffizienz von einer Arbeitsfähigkeit von 50% aus und hielt fest, es sei durchaus wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführerin mit einer Operation an der Wirbelsäule geholfen werden könnte (act. G 4.1). In der Beschwerdeantwort vom 21. September 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Die Beschwerdeführerin habe bei der Begutachtung durch Dr. H.____ nicht über pulmonale Beschwerden geklagt. Es sei auch nicht erkennbar, inwiefern Dr. I.____ die Beschwerdeführerin nicht gründlich und kompetent psychiatrisch untersucht haben sollte. Sie hält daran fest, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache relevant verbessert habe (act. G 6). Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung durch Fürsprecher Küng) wurde am 17. Oktober 2017 bewilligt (act. G 10). In der Replik vom 19. Februar 2018 hielt die Beschwerdeführerin unverändert an ihren Anträgen fest (act. G 18) und reichte einen Bericht der Psychiatrie K.____ vom 19. Oktober 2017 ein. Darin wurde unter Hinweis auf einen stationären Aufenthalt vom 17. August bis 20. Oktober 2017 insbesondere die Diagnose rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, erwähnt (act. G 18.1). Am 21. Februar 2018 reichte die Beschwerdeführerin den Austrittsbericht vom 7. November 2017 nach (act. G 20.1). Die Beschwerdegegnerin liess sich nicht mehr vernehmen (vgl. act. G 22). Am 26. Juni 2018 reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht des Venenzentrums L.____ vom 30. Mai 2018 ein (act. G 23, 23.1). Am 13. August 2018 gab sie Berichte von Dr. J.____ vom 4. Juli 2018 über eine am 29. Juni 2018 durchgeführte mikrochirurgische Dekompression L4-S1 mit PLIF-Cage-Einlage L4/5 und L5/S1 sowie dorsolateraler Spondylodese L4-S1 und von der Klinik Valens vom 20. und 21. Juli 2018 zu den Akten (act. G 25, 25.1 bis 25.4). Am 18. Oktober 2018 gelangte Rechtsanwalt Dr. Dr. F. Teichmann als neuer Vertreter der Beschwerdeführerin ans Gericht und stellte dieselben Rechtsbegehren wie zuvor Fürsprecher Küng mit der Präzisierung, dass die ebenfalls eventualiter beantragten weiteren Abklärungen nach Rückweisung durch die Vorinstanz vorzunehmen seien. Er kritisierte die bidisziplinäre Begutachtung als nicht ausreichend und erachtete ein polydisziplinäres Gutachten als notwendig (act. G 28). Der Verfahrensleiter teilte Rechtsanwalt Teichmann daraufhin mit, dass der Schriftenwechsel geschlossen sei und kein Anlass bestehe, diesen wieder zu eröffnen (act. G 29). Am 27. Februar 2019 teilte Rechtsanwalt Teichmann dem Gericht mit, dass sein Mandat erloschen sei (act. G 30). Fürsprecher Küng informierte am 18. März 2019 darüber, dass er die Beschwerdeführerin wieder vertrete (act. G 32). Am 2. Mai 2019 reichte er weitere medizinische Berichte zu den Akten (neu die Berichte der Psychiatrie K.____ vom 8. und 12. April 2019 [betreffend eine weitere stationäre Behandlung vom 6. Februar bis 23. März 2019] sowie von Dr. J.____ vom 2. November 2018 und 4. April 2019 [auch betreffend die Implantation eines Neurostimulators am 12. November 2018], act. G 34.1 bis 34.5). Am 20. Mai 2019 reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht ihres neuen Hausarztes Dr. med. M.____ vom 25. April 2019 ein (act. G 36.1). Erwägungen Strittig und zu überprüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die ganze Rente der Beschwerdeführerin zu Recht per Ende Juli 2017 eingestellt hat. Die Beschwerdegegnerin anerkennt zwar eine gesundheitliche Verschlechterung der somatischen Situation, stützt ihre Revision jedoch auf eine Verbesserung der psychischen Situation, die sie mit dem Gutachten von Dr. I.____ für bewiesen hält. Die Beschwerdeführerin bestreitet eine

psychische Verbesserung und beruft sich auf erhebliche somatische Verschlechterungen. Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Die Frage, ob im Spektrum der anspruchserheblichen Tatsachen eine zur Anpassung des Rentenanspruchs führende Veränderung eingetreten ist, beurteilt sich im Vergleich mit den Verhältnissen zur Zeit der letzten rechtskräftigen Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108). Die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit stellt für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinn von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (Urteil des Bundesgerichts vom 3. November 2008, 9C_562/08, E 2.1). Vorliegend bildet der Zeitpunkt des Erlasses der rentenzusprechenden Verfügung, konkret der 16. Juni 2006, Referenzzeitpunkt für die Überprüfung. In den vor 2015 durchgeführten drei Revisionsverfahren wurden zwar Akten eingeholt, eine umfassende Überprüfung des medizinischen Sachverhalts mit eigenen Abklärungen fand jedoch nicht statt. Zeitliche Grenze der vorliegenden Überprüfung bildet der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 16. Juni 2017 zugetragen hat. Der spätere Verlauf insbesondere mit operativer Behandlung durch Dr. J.____ 2018 und allfälliger späterer Besserung (vgl. etwa act. G 34.5) ist folglich nicht von Relevanz. Nichts Anderes gilt hinsichtlich des Austrittsberichts der Psychiatrie K.____ vom 7. November 2017 (act. G 20.1). Bedeutung können die aus der Zeit nach Verfügungserlass stammenden Arztberichte höchstens erlangen, falls sie Rückschlüsse auf eine allfällige Fehleinschätzung der IV-Gutachter Dr. I.____ und Dr. H.____ zulassen (vgl. dazu insbesondere E. 3.4 und 4.3). Das panvertebrale Schmerzsyndrom war vor der Rentenzusprache bereits aktenkundig. Dr. C.____ mass diesem und den weiteren somatischen Beeinträchtigungen (dazu detailliert IV-act. 20-4) anlässlich der Begutachtung vom 21. April 2004 nur einen vorübergehenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu. Er ging von einer solchen von initial 50% aus. Einen dauerhaften Schaden erblickte er darin nicht, ging er doch von der Steigerbarkeit auf ein Vollpensum innert 2 bis 4 Monaten aus (IV-act. 20-7). Subjektiv erfuhr die Beschwerdeführerin jedoch keine Verbesserung. Der Hausarzt Dr. D.____ brachte dies allerdings nicht mit objektivierbaren Beeinträchtigungen in Zusammenhang, sondern vielmehr mit der Skepsis der Beschwerdeführerin gegenüber den versuchten Therapiemassnahmen (Veränderung Medikation, Physiotherapie und Fitnesstraining) sowie ihrer Überzeugung, nicht mehr arbeitsfähig zu sein (vgl. IV-act. 33-1). Am Besuch eines Fitnesscenters schienen sie finanzielle Gründe zu hindern (IV-act. 38-4). Die ab Februar 2005 wiederum auf 100% erhöhte Krankschreibung durch Dr. D.____ begründete dieser nicht mit objektiven somatischen Gesundheitsbeeinträchtigungen, sondern mit der Angabe der Beschwerdeführerin, unter starken Rückenschmerzen zu leiden, die ein Arbeiten (damals zu 50% in einem Beschäftigungsprogramm des RAV, IV-act. 37, 38-4) nicht möglich machen würden (vgl. aber zur expliziten Verneinung objektivierbarer neuer Befunde IV-act. 51-1). Als mitverursachend für die attestierte Arbeitsunfähigkeit erwähnte der Hausarzt familiäre Probleme und wies darauf hin, dass eine psychiatrische Behandlung eingeleitet sei (IV-act. 46-2). Weitere Abklärungen und Therapieversuche hinsichtlich somatischer Probleme, die Hinweise auf den Leidensdruck der Beschwerdeführerin liefern

oder ansonsten zur Objektivierung der geklagten Beschwerden beitragen könnten, sind aus jener Zeit nicht aktenkundig. Bei diesem Aktenstand ist damit insgesamt nachvollziehbar, dass die zuständige RAD-Ärztin am 22. Juni 2005 zum Schluss gelangte, die von den behandelnden Ärzten attestierte Abnahme der Arbeitsfähigkeit seit Anfang 2005 sei offensichtlich vorwiegend durch die psychische Erkrankung begründet. Sie empfahl, für die Rentenbemessung auf das Attest von med. pract. E.____ abzustellen (IV-act. 47). Die ursprünglich verfügte Dreiviertelsrente wurde auf der Basis einer Arbeitsunfähigkeit von 60% berechnet (vgl. IV-act. 42 sowie 50-2, 58-1). Im Rahmen des Einspracheverfahrens wurden in somatischer Hinsicht keine Berichte eingereicht; aktenkundig ist lediglich ein Bericht von Dr. med. N.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 7. Februar 2006 (IV-act. 97-3). Unter Hinweis darauf, dass die Arbeitsunfähigkeit gemäss RAD gestützt auf das Arztzeugnis der Psychiaterin E.____ (die eine Arbeitsfähigkeit von lediglich 2 bis 3 Stunden täglich mit einer Leistungseinschränkung von 10% attestierte) zu bemessen sei, hielt der Rechtsdienst die Bemessung des Invaliditätsgrads von lediglich 65% für nicht begründbar und empfahl wegen der unterdessen erfolgten Scheidung der Beschwerdeführerin weitere Abklärungen zum psychischen Gesundheitszustand oder dann die Zusprache einer ganzen Rente, falls von weiteren Abklärungen abgesehen werden sollte (IV-act. 119). Die Sachbearbeitung wählte die zweite Variante und verfügte direkt bei einem Invaliditätsgrad von 78% die ganze Rente (IV-act. 126, 136 f.). Die Würdigung dieses Verlaufs ergibt, dass bei der Zusprache der ganzen Rente das Arztzeugnis von med. pract. E.____ und F.____ vom 8. bzw. 14. März 2005 (IV-act. 40 f.) letztlich als ausschlaggebend für die Bemessung der Restarbeitsfähigkeit betrachtet wurde. Aktenmässig ist nicht erstellt, dass eine somatische Beurteilung bzw. eine aus somatischen Gründen attestierte Arbeitsunfähigkeit der Bemessung des Invalideneinkommens zugrunde gelegt worden wäre. Zu prüfen ist nachfolgend, ob in psychischer Hinsicht eine Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin seit 2006 ausgewiesen ist. Med. pract. E.____ und F.____ hatten die Behandlung der Versicherten am 24. Januar 2005 aufgenommen. Sie nannten die Diagnosen Depression und Angst gemischt mit unkontrollierten Aggressionsausbrüchen. Im Bericht vom 14. März 2005 protokollierten sie die Angaben der Beschwerdeführerin, wonach diese seit Herbst 2004 depressiv verstimmt sei, sich dauernd erschöpft fühle, krank und leistungsreduziert, ohne Antrieb, zermüht von ständigen Schmerzen, geplagt von verschiedenen Angstzuständen. Spontane Affektausbrüche, bei denen sie ohne offensichtlichen Grund mit Angehörigen und Behörden streite, träten oft auf. Erwähnt werden weiter existentielle Ängste um den Arbeitsplatz, vor dem Fortschreiten von Krankheit und Schmerzen, Angst und Panik vor dem Alleinsein, im Dunkeln. Sie habe stets Schlafstörungen mit Albträumen, aus denen sie schreiend verwirrt erwache. Sie fühle sich ständig müde, launisch, gereizt, nervös, rauche 1 Päckchen Zigaretten täglich, sei vergesslich, antriebslos, pessimistisch, hoffnungslos. Die Ärztinnen gaben an, die Beurteilung der Arbeits- und Eingliederungsfähigkeit in einer Arbeitstätigkeit hänge grösstenteils von den somatischen Beschwerden der Patientin ab. Psychisch sei sie depressiv verstimmt und affektlabil, jedoch motiviert, täglich 2-3 Stunden eine leichte Tätigkeit zu verrichten. "Wir beurteilen aus psychotherapeutischer Sicht die zumutbare Arbeitsunfähigkeit mit ca. 10%iger Einschränkung." Es bestünden starke wechselseitige Beziehungen und Abhängigkeiten zwischen körperlichen Schmerzen und psychischer Erkrankung. Die Prognose der psychischen Störung empfehle man in einem Jahr bei Bedarf neu zu beurteilen (IV-act. 41-4). Bis zur Rentenzusprache vom Juni 2006 sind keine weiteren Berichte von med. pract. E.____ und F.____ aktenkundig. Dr. N.____, den

die Beschwerdeführerin ab 17. Januar 2006 zumindest dreimal konsultierte, schloss sich im 7. Februar 2006 der von Dr. D.____ attestierten vollen Arbeitsunfähigkeit an, ohne eine Begründung abzugeben oder Diagnosen oder Befunde zu nennen (IV-act. 97-3). Nach der Rentenzusprache bis zum Gutachten von Dr. I.____ sind keine psychiatrischen Konsultationen oder Therapien mehr aktenkundig. Anlässlich des stationären Aufenthalts in der Klinik Valens im Herbst 2014 wurden psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei chronischen lumbospondylogenen Schmerzen erwähnt. Die engmaschige psychiatrische Mitbetreuung zeigte keine aktuellen Psychopathologien (IV-act. 219-12). Gemäss Austrittsbericht Psychosomatik vom 8. Oktober 2014 litt die Beschwerdeführerin eigenanamnestisch mindestens einmalig an einer doch ausgeprägteren Depression, die nun in Remission sei. Als Austrittsdiagnose wurde lediglich eine sonstige näher bezeichnete affektive Störung, in Remission (ICD-10 F38.8), erwähnt (IV-act. 219-18 f.). Gegenüber Dr. I.____ gab die Beschwerdeführerin dann allerdings an, psychisch gehe es ihr immer schlechter, schlechter sei es ihr eigentlich noch gar nie gegangen (allerdings würden ihr die Schmerzen mehr Probleme bereiten; vgl. IV-act. 243-41). Diese Selbsteinschätzung ist vor dem Hintergrund der Feststellungen der Klinik Valens vom Herbst 2014 und ohne jegliche seitherigen psychiatrischen Behandlungsversuche nicht nachvollziehbar. Als konkreten Grund, weshalb sie ihrer Meinung nach auch aus psychischen Gründen nicht arbeiten könne, erwähnte sie offenbar nur Angst, die sie habe, wenn sie allein in einem Raum sei. Sie habe schon lange Probleme beim Liftfahren oder in engen Räumen (IV-act. 243-41). Dr. I.____ empfand die Symptomschilderungen der Beschwerdeführerin als relativ vage. Sie erwähnt Inkongruenzen von geschildertem und beobachtetem bzw. den Akten entnommenem Verhalten (dazu IV-act. 243-43). Die Gutachterin erwähnte, es werde eine grosse Angst deutlich, die IV-Rente zu verlieren, und der Ex-Ehemann drohe schon, ohne das Ergebnis der Begutachtung zu kennen, mit einem Anwalt (IV-act. 243-43; dazu auch die Notizen zum Telefonat mit der Beschwerdeführerin vom 14. November 2016, IV-act. 243-41 f.). Bezüglich der Angst, nachts alleine zu sein, weist die Gutachterin plausibel darauf hin, dass die Beschwerdeführerin seit kurzem allein lebe und die Nächte allein verbringe. Auch zwischen 2005 und 2012 habe sie offensichtlich allein in einer eigenen Wohnung gelebt. Auch die Ängste in engen Räumen zog die Gutachterin in Zweifel unter Hinweis darauf, dass das Fahren in einem engen Bus kein Problem sei und die Beschwerdeführerin auch im Untersuchungszimmer keinerlei Anzeichen von Unwohlsein gezeigt habe (IV-act. 243-44). Das Schreiben von Dr. F.____ vom 9. März 2017 (act. G 1.2) vermag keinen anderen Eindruck zu erwecken, hat es doch offenkundig den Charakter eines Gefälligkeitsschreibens und enthält keine medizinische Auseinandersetzung mit der behaupteten Angstthematik. Es dient einzig der Bekräftigung des Wunsches der Beschwerdeführerin nach einem Zusammenleben mit einer Mitbewohnerin. Dieser hat für das vorliegende Verfahren aber keine Relevanz, lässt er doch keine plausiblen Rückschlüsse auf bisher unerkannte psychische Einschränkungen zu. Im Weiteren ist festzuhalten, dass Dr. I.____ bei ihrer Begutachtung kaum auffällige Befunde erhob. Schon seit langem bestehe eine Tendenz zu unspezifischen Ängsten. Unter dem Stichwort Affekte erwähnte sie "besorgt; klagsam; hintergründig dysphorisch, wenn das Thema auf die Schmerzen und die IV-Rente kommt". Ansonsten wurden nur der als vermindert angegebene Appetit (ohne Gewichtsverlust) und eine verminderte Libido (in der Menopause) angegeben (IV-act. 243-42 f.). Bei diesen Befunden ist durchaus nachvollziehbar, dass die Gutachterin keine Diagnosen erhob, denen sie Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zubilligte. Das Gutachten ist insgesamt nachvollziehbar begründet und in

den Schlussfolgerungen plausibel. Der nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 16. Juni 2017 am 17. August 2017 erfolgte Eintritt in die Psychiatrie K.____ lässt ebenfalls nicht darauf schliessen, dass Dr. I.____ die Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin falsch eingeschätzt haben könnte, wurde im Austrittsbericht vom 7. November 2017 doch festgehalten, der Eintritt ins Kriseninterventionszentrum sei vor dem Hintergrund des revidierten IV-Entscheids erfolgt (act. G 20.1). Ein Hinweis auf – zumindest bis zum Verfügungserlass – fehlenden psychischen Leidensdruck, wie er während des Aufenthalts in Valens im Herbst 2014 beobachtet wurde, ist überdies auch darin zu erblicken, dass die Beschwerdeführerin offensichtlich keine therapeutisch wirksame Medikation zu sich nimmt. Sie gab gegenüber Dr. I.____ an, "seit 2 Wochen" eine Tablette Anxiolith täglich einzunehmen (IV-act. 243-39). Dieses Psychopharmakum ist gemäss Arzneimittelinformation in Tabletten zu 15 mg erhältlich und die Dosierung bei leichten bis mittelschweren Angstzuständen beläuft sich auf 30-60 mg täglich in mehreren Einzeldosen (www.swissmedicinfo.ch, abgerufen am 8. Oktober 2019). Auch die Dosierung des zweiten von der Beschwerdeführerin genannten Medikaments Quetiapin 25 mg von einer Tablette täglich liegt deutlich unterhalb der Einnahmeempfehlungen (wobei die Einnahme ohnehin nur bei Schizophrenien oder bipolaren Störungen empfohlen wird [wovon bei der Beschwerdeführerin nie die Rede war], vgl. www.swissmedicinfo.ch, abgerufen am 8. Oktober 2019). Damit bleibt es insgesamt dabei, dass die subjektiven Empfindungen und Schilderungen der Beschwerdeführerin zu psychischen Beeinträchtigungen nicht als krankheitswertig eingeordnet werden konnten, eine Objektivierung oder auch nur Plausibilisierung nicht möglich erscheint und der Beweis der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vor diesem Hintergrund nicht gelingt. Da die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. I.____ u.a. auf einer eingehenden Konsistenz- und Ressourcenprüfung beruht (IV-act. 243-49 f.), erweist sich ferner die Kritik als unzutreffend, dass die gutachterliche Einschätzung nicht den Anforderungen gemäss BGE 143 V 418, 143 V 409 und 141 V 281 genüge (act. G 28 S. 6 am Schluss). Was nun den Verlauf anbelangt, so ist der Beschwerdegegnerin darin zuzustimmen, dass die Situation, wie sie Dr. I.____ erhob bzw. schilderte, verglichen mit jener im Jahr 2006 als relevant verbessert erscheint. Zur Zeit der Berichterstattung durch med. pract. E.____ und F.____ im März 2005 stand die Beschwerdeführerin erheblich unter Druck. Sie hatte ihre langjährige Vollzeitstelle Ende 2003 verloren und ihre Zusatztätigkeit als Reinigungskraft aufgegeben. Die Krankentaggeldversicherung stellte ihre Zahlungen im März 2005 ein (vgl. IV-act. 106-3, 106-6 f., 45). Die in finanzieller Hinsicht existentiellen Probleme waren im Zeitpunkt der Berichterstattung von med. pract. E.____ und F.____ also akut. Nach dem Wegfall von Erwerbseinkommen und Ersatzeinkünften übte nach Lage der Akten zudem der Ehemann massiv Druck auf die Beschwerdeführerin aus. Gegenüber der IV-Stelle äusserte er, er habe kein Interesse, sie "durchzufüttern". Er lasse sie auf der Strasse stehen, da er keine Lust habe, ihr zu helfen. Irgendjemand werde sich dann schon um sie kümmern, wenn sie auf der Strasse lebe. Ob dies das Sozialamt, die Fürsorge oder die Polizei sei, sei ihm egal (Aussagen vom 22. August 2005, IV-act. 48). Am 22. Juli 2005 hatte er bereits die Scheidung beantragt (IV-act. 48), die am 29. September 2005 verfügt wurde (IV-act. 65). Ab Januar 2006 begann die Beschwerdeführerin eine Psychotherapie bei Dr. N.____, der wie erwähnt von voller Arbeitsunfähigkeit ausging (IV-act. 97-3); ein Leidensdruck der Beschwerdeführerin war in jenem Zeitpunkt also offenbar noch vorhanden. Am 10. März 2006 liess die Versicherte mitteilen, dass sie neu auch räumlich vom Ex-Mann getrennt lebe (IV-act. 103-1). Insgesamt ist es nachvollziehbar, dass die belastenden psychosozialen bzw.

finanziellen Verhältnisse zumindest zwischen Anfang 2005 und Sommer 2006 die Depressions- und Angstproblematik sowie die unkontrollierten Aggressionsausbrüche, von denen med. pract. E.____ und F.____ berichteten, unterhielten und bestimmten. Dass diese Probleme bei der Begutachtung durch Dr. I.____ über 10 Jahre später bei unterdessen offensichtlich konsolidierten Lebensumständen nicht mehr erhoben wurde, ist ebenso plausibel. Diese Betrachtungsweise wird auch durch den Austrittsbericht der Klinik Valens vom 16. Oktober 2014 bekräftigt. Darin wurde ausgeführt, dass sich trotz der engmaschigen psychiatrischen Mitbetreuung keine "aktuellen Psychopathologien" gezeigt hätten (IV-act. 219-12 oben). Eine relevante Sachverhaltsveränderung im Sinn von Art. 17 Abs. 1 ATSG ist damit rechtsgenügend ausgewiesen. Ob nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sogar ein Wiedererwägungsgrund bezogen auf die ursprüngliche Rentenzusprache vorgelegen haben könnte, da der in psychiatrischer Hinsicht relevante Sachverhalt nicht weiter abgeklärt worden und damit der Untersuchungsgrundsatz verletzt worden war, braucht bei diesem Ergebnis nicht näher geprüft zu werden. Die Parteien sind sich grundsätzlich darüber einig, dass in somatischer Hinsicht eher eine Verschlechterung des Gesundheitszustands seit 2006 eingetreten ist. Bei der ursprünglichen Rentenzusprache war die somatische Beeinträchtigung wie erwähnt für die Invaliditätsbemessung nicht relevant. Nachfolgend ist zu prüfen, ob sie es bei Erlass der angefochtenen Verfügung war. Dr. H.____ erhob im Rahmen seiner Begutachtung vom November 2016 in Berücksichtigung u.a. von radiologischen und MRI-Bildern von Mai und November 2016 (LWS) Osteochondrosen und Spondylarthrosen L4/5 und L5/S1 und eine Diskushernie L4/5 mediolateral rechts ohne klinisches Korrelat. Auch den beiden erstgenannten Diagnosen spricht er aufgrund von fehlenden neurologischen Ausfalls- und Reizzeichen klinische Relevanz ab (IV-act. 243-19). Er hält fest, dass die zunehmenden degenerativen Veränderungen der unteren LWS zwar eine gewisse Zunahme von belastungsabhängigen tieflumbalen und allenfalls auch spondylo-gen ausstrahlenden Schmerzen erklären würden. Bei rein degenerativ bedingten Beschwerden könnte jedoch auch ein Ansprechen auf die Facettengelenks-Infiltrationen und insbesondere die stationäre Rehabilitation in Valens im Herbst 2014 erwartet werden (IV-act. 243-19). Dies war jedoch nicht der Fall gewesen (vgl. zu Infiltrationstherapie und Sakralblock sowie zur Ende 2012 sicher ausgeschlossenen Nervenwurzelkompression IV-act. 207-2; zum geringen Therapieerfolg in Valens IV-act. 219-10 ff.). Daher gelangte Dr. H.____ nachvollziehbar zum Schluss, das ausgedehnte, klinisch vorwiegend myofasciale Schmerzsyndrom bei abgesehen von den myofascialen Dolenzen nur geringfügigen pathologischen Befunden im klinischen Status mache eine wesentliche organische Ursache des gesamten Beschwerdebildes sehr unwahrscheinlich. Er berücksichtigte dabei auch erhobene Diskrepanzen zwischen angegebenen Beschwerden und Befunden anlässlich der klinischen Untersuchung (IV-act. 243-19, siehe auch 243-18). Aus rheumatologischer Sicht postulierte er eine ganz im Vordergrund stehende nicht-organische Schmerzkomponente (IV-act. 243-19). Dr. J.____ erwähnte im Schreiben vom 30. August 2017 eine neue MRI-Bildgebung der LWS vom 11. Juli 2017 mit gemäss seinen Worten "neu aufgetretener Diskushernie L4/5 rechts". Diese war jedoch bereits auf der Bildgebung 2016, die Dr. H.____ zur Verfügung stand, sichtbar und wurde von diesem berücksichtigt (IV-act. 243-14; vgl. auch IV-act. 243-9 "Diskusextrusion"). Dr. J.____ bezeichnete eine Radikulopathie L4 rechts als "möglich resp. wahrscheinlich", erläuterte diesen Hinweis jedoch ebensowenig wie die Angabe einer "mögliche[n] belastungsabhängige[n] Nervenwurzelreizung L4 und L5" (act. G 4.1). Damit gelingt es Dr. J.____ nicht, die Befunde und die plausiblen, mit den klinischen Erhebungen

nachvollziehbar begründeten Schlussfolgerungen von Dr. H.____ in Zweifel zu ziehen. Einen neurologischen Ursprung der LWS-Schmerzen konnte auch Dr. J.____ nicht hinreichend objektivieren. Im Übrigen charakterisierte er die von ihm lediglich für möglich gehaltene Nervenwurzelreizung als belastungsabhängig, womit diese bezogen auf eine leidensangepasste Tätigkeit nicht ins Gewicht fiel. Da er – fachfremd – stets auch die psychische Problematik erwähnte, ist anzunehmen, dass er mit seiner Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung über sein Fachgebiet hinausging. Seine Kritik erschüttert die Beweiskraft der Einschätzung von Dr. H.____ jedenfalls nicht. Dr. H.____ hielt die Angabe der Beschwerdeführerin fest, dass seit drei bis vier Jahren Nacken- und Kopfschmerzen stark zugenommen hätten (IV-act. 243-18, vgl. auch 243-10). Er hatte auch Kenntnis von den Erhebungen von Dr. O.____ (cervicospondylogenes Syndrom beidseits und Spannungskopfschmerzen, IV-act. 243-7, 243-17), sah diesbezüglich aber keinen weiteren Abklärungsbedarf. Sowohl betreffend die HWS als auch betreffend die Kopfschmerzen, die übrigens mitunter kaum (vgl. etwa das psychiatrische Gutachten, IV-act. 243-40) oder gar nicht beklagt wurden (vgl. etwa den Austrittsbericht der Kliniken Valens, IV-act. 219-10 ff.), ist nicht erkennbar, inwiefern weitere Abklärungen zur Objektivierung beitragen sollten, zumal auch anlässlich der Notfallkonsultation vom 3. September 2016 im Spital P.____ keine Befunde im Zusammenhang mit den damals beklagten Kopfschmerzen erhoben werden konnten (IV-act. 244-12 unten). Die Beschwerdeführerin macht geltend, die pulmonalen Einschränkungen seien abzuklären (act. G 1 S. 7). Der Allgemeinmediziner und Hausarzt der Beschwerdeführerin Dr. med. G.____ erwähnte am 20. Juni 2016, diese möchte bedingt durch die pulmonale Einschränkung bei COPD mit chronischem Husten und Emphysem in ihrem Heimatland einen stationären Aufenthalt in einer Lungenklinik absolvieren (IV-act. 238, vgl. auch 238-2). Davon hatte Dr. H.____ Kenntnis (IV-act. 243-9). Im Zeitpunkt seiner Begutachtung hatte die Beschwerdeführerin, zuvor langjährige starke Raucherin, allerdings bereits seit zwei Monaten nicht mehr geraucht (IV-act. 243-11), Lungenprobleme oder einen angestrebten Klinikaufenthalt erwähnte sie nicht. Dr. H.____ bezeichnete die Lungenerkrankung als "aktuell klinisch kompensiert" (IV-act. 243-15). Dass bis zum Verfügungserlass nochmals Lungenbeschwerden aufgetreten wären, macht die Beschwerdeführerin nicht geltend. Auch aus dem pulmonalen Kurzstatus im Bericht des Spitals P.____ vom 4. September 2016 (IV-act. 244-12 Mitte) ergibt sich nichts Gegenteiliges. Weitere Abklärungen erübrigen sich folglich auch diesbezüglich. Mit dem RAD ist insgesamt festzuhalten, dass die Einschätzung von Dr. H.____, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei unter für den Rücken und die rechte Schulter adaptierten Bedingungen (vgl. zum Tätigkeitsprofil IV-act. 243-20) noch zu 80% erhalten, überzeugend begründet wurde (zur Würdigung des RAD vom 26. Januar 2017 siehe IV-act. 245-2). Darauf ist abzustellen. Ausgehend von einer Arbeitsfähigkeit von 80% in einer adaptierten Tätigkeit ist die Beschwerdegegnerin zu Recht zum Schluss gelangt, dass kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von mindestens 40% mehr gegeben ist (vgl. die Berechnung in IV-act. 247). Bei der Bemessung des Valideneinkommens kann offenbleiben, ob das während gut zwei Jahren bis Ende 2002 erzielte Zusatzeinkommen in der Reinigung zum bei der B.____ AG erzielten Vollzeiteinkommen hinzuzurechnen ist (vgl. IV-act. 6). Bei Berücksichtigung ergäbe sich ein Valideneinkommen 2002 von Fr. 54'297.-- bzw. per 2017 nominallohnbereinigt von Fr. 64'300.-- (Index Frauen 2002: 2296; 2017: 2719). Stellte man diesem als Invalideneinkommen das statistische LSE-Hilfsarbeiterinneneinkommen des Jahres 2017 von Fr. 54'783.-- bzw. entsprechend der

Restarbeitsfähigkeit 80% davon (Fr. 43'826.--) gegenüber, ergäbe sich ein Invaliditätsgrad von aufgerundet 32%. Selbst bei Gewährung eines Tabellenlohnabzugs von 10% beim Invalideneinkommen würde die rentenbegründende Schwelle von 40% nicht erreicht. Ein höherer Tabellenlohnabzug käme mit Blick auf die gesamten Umstände (etwa das Alter von erst knapp 50 Jahren bei Erlass der angefochtenen Verfügung und das auch adaptiert noch recht breite Tätigkeitsprofil [IV-act. 243-20]) nicht in Betracht. Zusammenfassend kommt der Invaliditätsgrad in jedem Fall unter 40% zu liegen, sodass die Renteneinstellung der Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden ist. Gründe, die einer Selbsteingliederungspflicht der Beschwerdeführerin entgegenstünden, wurden im Übrigen weder geltend gemacht noch sind solche ersichtlich. Gemäss den vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Zufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist sie von der Bezahlung zu befreien. Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverbeiständung 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 (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat keine Kostennote eingereicht. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin pauschal mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Die erst nach abgeschlossenem Schriftenwechsel vom zwischenzeitlich von der Beschwerdeführerin mandatierten Rechtsanwalt Teichmann getätigten Aufwände (act. G 28) waren nicht notwendig, weshalb eine Entschädigung hierfür von vornherein ausser Betracht fällt. Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zufolge unentgeltlicher Rechtsverbeiständung 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.