



Fall-Nr.: IV 2011/215
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 23.05.2013
Entscheiddatum: 23.05.2013

Entscheid Versicherungsgericht, 23.05.2013

Art. 28 Abs. 2, 28a Abs. 1 und 2 IVG, 16 ATSG. Nichteintreten auf den Eventualantrag um Gewährung von Eingliederungsmassnahmen. Beweiskraft des bidisziplinären Gutachtens. Bemessung des nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrads von 35% anhand der gemischten Methode (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. Mai 2013, IV 2011/215).

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider,
Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Della Batliner

Entscheid vom 23. Mai 2013

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. Monika Brenner, Paradiesstrasse 4,
9030 Abtwil,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



betreffend

Rente

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherte) meldete sich am 11. Oktober 2005 zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung an (IV-act. 2). Zuvor hatte sie seit 25. Mai 2002 bei B.____ als Reinigungskraft gearbeitet (IV-act. 10, 17).

A.b Vom 16. bis 28. Juni 2005 war die Versicherte im Kantonsspital St. Gallen (KSSG) hospitalisiert (IV-act. 18-5/13). Im Kurzaustrittsbericht vom 28. Juni 2005 sowie im Bericht vom 11. Juli 2005 (IV-act. 18-5/13ff.; 19-7/15ff.) wurden folgende Diagnosen gestellt: Rückenschmerzen der gesamten Wirbelsäule seit fünf Monaten, Depressive Episode, Gewichtszunahme von 10kg in fünf Monaten, subklinische Hypothyreose, anamnestisch rezidivierende Hypoglykämien mit/bei Bewusstlosigkeit bis zu einer halben Stunde sowie Kopfschmerzen. Bei der konsiliarischen Untersuchung vom 20. Juni 2005 wurden von Dr. med. C.____, leitender Arzt, und Dr. med. D.____, Departement Innere Medizin, Psychosomatik, KSSG, eine mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom und Somatisierungstendenz bei psychosozialer Belastungssituation (ICD-10: F32.11) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge (ängstlich dependent; ICD-10: Z73.1; IV-act. 18-8/13f.) diagnostiziert. Mit Schreiben vom 12. Juli 2005 überwies Dr. med. E.____, Innere Medizin FMH, die Versicherte an Dr. med. F.____, Rheumaerkrankungen FMH, (IV-act. 19-12/15). Mit Arztbericht vom 31. Oktober 2005 sah diese keine Auswirkungen der gesundheitlichen Störung bei der bisherigen Tätigkeit und befand, dass die erlernte Tätigkeit als Rechtsanwältin oder jegliche rückschonende Tätigkeit durchführbar seien (IV-act. 18-1/13ff.). Aufgrund der widersprüchlichen Einschätzungen der erhobenen Befunde erachtete der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) am 13. Februar bzw. am 11. August 2006 eine bidisziplinäre Begutachtung (Psychiatrie/Orthopädie) als notwendig (IV-act. 20-2/2, 25, 28).



St.Galler Gerichte

A.c Mit Gutachten vom 19. Januar 2007 diagnostizierte Dr. med. G.____, Spezialarzt Orthopädische Chirurgie FMH, eine fortgeschrittene Osteochondrose L5/S1 mit breitbasiger medianer leicht mediorechtslateral betonter Diskusprotrusion L5/S1 mit Kontakt zur Nervenwurzel S1 rechts, anamnestisch eine depressive Störung mit somatischem Syndrom und Somatisierungstendenz bei psychosozialer Belastungssituation, Adipositas, Schmerzen in der Brustwirbelsäule sowie eine subklinische Hypothyreose (IV-act. 45). Vorwiegend sitzende oder stehende und gehende Tätigkeiten in feuchter und kalter Umgebung bei der regelmässig unphysiologische, speziell gebückte Körperhaltungen eingenommen und Gegenstände über 10kg gehoben oder getragen werden müssen, seien der Versicherten nicht mehr vollumfänglich zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit als Putzfrau betrage bei voller Stundenpräsenz ca. 60%. Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, die abwechslungsweise sitzend und stehend durchgeführt werden könnten, ohne dass dabei regelmässig unphysiologische speziell gebeugte Körperhaltungen eingenommen und Gegenstände über 10kg gehoben oder getragen werden müssten, seien der Versicherten bei voller Stundenpräsenz zu ca. 90% zumutbar. Eine psychiatrische Begutachtung wurde nicht durchgeführt, da die Versicherte explizit einen spanisch sprechenden Psychiater wünschte (vgl. IV-act. 40-2/2; 43). Am 10. Juli 2007 teilte die IV-Stelle St. Gallen mit, dass an der Abklärungsstelle festgehalten werde (IV-act. 50).

A.d Mit psychiatrischem Gutachten vom 10. Dezember 2007 (IV-act. 62) hielt Dr. med. H.____, Psychiatrie/Psychotherapie FMH, aus psychiatrischer Sicht als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Anpassungsstörung mit kürzerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.20) fest. Seit ca. Juli/August 2005 liege aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr vor. RAD-Arzt Dr. I.____ bestätigte mit Stellungnahme vom 18. Dezember 2007 die bidisziplinäre Ansicht (IV-act. 63).

A.e Eine berufliche Abklärung vom 20. Mai bis 25. Juli 2008 wurde vorgesehen, jedoch aufgrund einer Verschlechterung des Gesundheitszustands frühzeitig (am 23. Juni 2008) abgebrochen (IV-act. 70, 73, 75, 78, 81). Der RAD konnte aufgrund der alten medizinischen Aktenlage die Frage nach der zumutbaren Arbeitsfähigkeit nicht beantworten, weshalb eine medizinische Abklärung in die Wege geleitet wurde (IV-act. 95, 97).



St.Galler Gerichte

A.f Mit rheumatologischem Gutachten vom 27. November 2009 (IV-act. 109) wurden von Dr. med. J.____, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches, lumbospondylogen betontes Panvertebralsyndrom bei thorakolumbaler Torsionsskoliose, Haltungsinsuffizienz, muskulären Dysbalancen und fortgeschrittener Osteochondrose L5/S1 mit breitbasiger, medianer und leichter mediorechtslateraler Diskusprotrusion L5/S1 sowie ein Fibromyalgiesyndrom gestellt. Eine Arbeitsfähigkeit bestehe zu 90% bei voller Stundenpräsenz mit Ermöglichung von zwei halbstündigen Minuten Pausen täglich. Dr. H.____ stellte mit psychiatrischem Gutachten vom 13. Januar 2010 die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F32.11), welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. In der bisherigen (angestammten) Tätigkeit bestehe seit Juni 2008 eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit.

A.g Vom 1. Februar bis 7. Mai 2010 hielt sich die Versicherte stationär in der Psychiatrischen Klinik K.____ auf (IV-act. 126). Vom 5. bis 9. Juli 2010 befand sich die Versicherte in der Klinik L.____ in stationärer Behandlung (IV-act. 130).

A.h Mit Vorbescheid vom 22. März 2011 stellte die IV-Stelle aufgrund des anhand der gemischten Methode ermittelten Invaliditätsgrads von 5% die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (IV-act. 144).

B.

Der dagegen erhobene Einwand vom 26. Mai 2011 (IV-act. 150) fand in der Verfügung vom 31. Mai 2011 insofern Berücksichtigung, als von der Zumutbarkeit der Ausübung einer 50%-igen körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ausgegangen und ein Invaliditätsgrad von 35% ermittelt wurde; im Ergebnis wurde ein Rentenanspruch verneint (IV-act. 152; act. G 1.1).

C.

C.a Mit Beschwerde vom 1. Juli 2011 (act. G 1) liess die Versicherte durch Rechtsanwältin Dr. iur. Monika Brenner, Abtwil, die Aufhebung der Verfügung vom 31. Juni 2011 (richtig: 31. Mai 2011) und die Zusprache einer vollen (richtig: ganzen) Invalidenrente beantragen. Eventualiter sei das Verfahren an die Vorinstanz



St.Galler Gerichte

zurückzuweisen. Es sei ihr die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zur Begründung liess die Beschwerdeführerin anführen, sie leide an multiplen Beschwerden, welche ihre Arbeitsfähigkeit schwer beeinträchtigten und eine Erwerbstätigkeit verunmöglichten. Die Krankheitssymptome hätten sich seit ihrem Antrag im Oktober 2005 massiv verstärkt. Nicht ohne Grund benötige sie täglich Leistungen der Spitex, weil sie nicht mehr in der Lage sei, alleine aus dem Bett aufzustehen. Zur einlässlichen Beschwerdebegründung ersuchte die Rechtsvertreterin um Ansetzung einer angemessenen Nachfrist, welche ihr gewährt wurde (act. G 2, 5, 7, 9, 11).

C.b Mit Beschwerdeergänzung vom 3. Januar 2012 (act. G 13) hielt die Beschwerdeführerin an ihren bisherigen Anträgen fest und liess zusätzlich den Eventualantrag stellen, die Vorinstanz sei anzuweisen, angemessene Eingliederungsmassnahmen durchzuführen. Die Vorinstanz habe den ablehnenden Rentenentscheid auf das bidisziplinäre Medas-Gutachten vom 27. Januar 2010 – und damit auf den Gesundheitszustand von November/Dezember 2009 – abgestützt. Sie habe das Versäumnis des Hausarztes, der sie nicht erst nach fünf Monaten, sondern spätestens nach vier Wochen an einen Spezialisten hätte überweisen müssen, nicht zu verantworten. Aus der Aussage der behandelnden Ärztin, Dr. F.____, müsse geschlossen werden, dass sie nicht mehr in ihrem in der Schweiz angestammten Beruf tätig sein konnte bzw. könnte. Die Rechtsvertreterin weise zudem auf verschiedene ihrer Ansicht nach bestehende Widersprüche des Medas-Gutachtens hin.

C.c Mit Beschwerdeantwort vom 23. Januar 2012 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (act. G 18). Zur Begründung brachte sie im Wesentlichen vor, die angefochtene Verfügung habe einzig den allfälligen Anspruch auf eine IV-Rente zum Inhalt. Demnach sei auf den Eventualantrag in Bezug auf die Eingliederungsmassnahmen nicht einzutreten. Hinzu komme, dass die Beschwerdeführerin sich subjektiv nicht arbeitsfähig fühle, weshalb von vornherein kein Anspruch auf Arbeitsvermittlung bestünde. Zu den von der Beschwerdeführerin im Einzelnen erhobenen Rügen verweise sie auf die umfassende und schlüssige Stellungnahme des RAD vom 18. Januar 2012. Dieser sei nichts hinzuzufügen. Es sei ohne Abstriche auf das Gutachten J.____ abzustellen, zumal dieses die gleiche Arbeitsfähigkeit wie das Gutachten G.____ attestiere. Es sei nicht ersichtlich, inwiefern



St.Galler Gerichte

das zweite Gutachten H.____ bezüglich der erhobenen Befunde und der gestellten Diagnosen rechtsfehlerhaft sein sollte. Die psychiatrisch festgesetzte Arbeitsfähigkeit von lediglich 50% stehe nicht im Einklang mit der Rechtsprechung des Bundesgerichts. Die bei der Beschwerdeführerin diagnostizierte mittelgradig depressive Störung sei eine reaktive Begleiterscheinung zur Schmerzstörung. Eine solche Depression stelle von vornherein keine Komorbidität dar. Nebst der Schmerzstörung stehe auch der Konflikt mit dem Ehegatten im Vordergrund. Es würden im Wesentlichen einzig ätiologisch-pathogenetisch unerklärliche syndromale Leidenszustände beschrieben, denen infolge der fehlenden Objektivierbarkeit keine invalidisierende Wirkung zukomme. Es sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen auszugehen, wie dies Dr. H.____ auch noch in seinem ersten Gutachten festgehalten habe. Weitere medizinische Abklärungen seien unnötig. Es könne vollumfänglich auf den Einkommensvergleich im Vorbescheid abgestellt werden, wonach kein Anspruch auf eine IV-Rente bestehe.

C.d Am 28. März 2012 wurde dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten) entsprochen (act. G 22).

C.e Nach unbenutztem Ablauf der Frist zur Einreichung einer allfälligen Replik wurde der Schriftenwechsel am 25. Oktober 2012 abgeschlossen (act. G 28).

Erwägungen:

1.

Am 1. Januar 2008 traten die anlässlich der 5. IV-Revision vorgenommenen Änderungen und am 1. Januar 2012 die im Zug des ersten Massnahmenpakets der 6. Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft. In zeitlicher Hinsicht gilt der übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zugrunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids bzw. im Zeitpunkt gegolten



haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklichte (vgl. BGE 130 V 445; 127 V 466 E. 1; 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Bezüglich des allfälligen Rentenbeginns sind vorliegend nach der Aktenlage angesichts der IV-Anmeldung im Oktober 2005 und des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit im August 2004 die bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Bestimmungen anzuwenden. Die Beschwerdegegnerin hat die angefochtene Verfügung am 31. Mai 2011 (IV-act. 152) und damit vor Inkrafttreten der IV-Revision 6a erlassen. Für die Invaliditätsbemessung hat sich indessen materiell keine Änderung der Rechtslage ergeben, weshalb in diesem Zusammenhang die ab 1. Januar 2008 gültigen Bestimmungen wiedergegeben werden.

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.

2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung



der gestellten Fragen umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt, was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c, je mit Hinweisen).

3.

3.1 Vorab ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin den Grundsatz des Devolutiveffekts missachtet hat, als sie am 17. Januar 2012 bei Dr. I.____ und am 18. Januar 2012 bei Dr. med. M.____ eine RAD-ärztliche Stellungnahme einholte (IV-act. 166).

3.2 Der Beschwerde kommt als ordentliches Rechtsmittel Devolutiveffekt zu. Die Behandlung der Angelegenheit geht mit Einreichung der Beschwerde auf die Beschwerdeinstanz über. Insoweit ist es dem Versicherungsträger grundsätzlich verwehrt, nach Einreichung der Beschwerde weitere oder zusätzliche Abklärungen vorzunehmen. Nach der Rechtsprechung sind lediglich punktuelle Abklärungen (wie z.B. Einholen von Bestätigungen oder Rückfragen) zugelassen (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2009, N 73 zu Art. 61). Eine Ausnahme vom Prinzip des Devolutiveffekts gilt im Beschwerdeverfahren insofern, als der Versicherungsträger den angefochtenen Einspracheentscheid bis zu seiner Vernehmlassung in Wiedererwägung ziehen kann (Art. 53 Abs. 3 ATSG; Kieser, a.a.O., N 74 zu Art. 61 und N 46 ff. zu Art. 53). Wegleitende Gesichtspunkte für die Beantwortung der Frage, was im kantonalen Verfahren noch zulässiges Verwaltungshandeln darstellt, bilden die inhaltliche Bedeutung der Sachverhaltsvervollständigung für die (Streit-)Sache und die zeitliche Intensität allfälliger weiterer Abklärungsmassnahmen (BGE 127 V 228 E. 2b/bb). Im konkreten Fall holte die Beschwerdegegnerin die Stellungnahme des RAD im Anschluss an die Eingabe des mit der Beschwerde eingereichten Berichts des Kantonsspitals St. Gallen,



Klinik für Neurologie, vom 28. September 2011 ein. Soweit sich der RAD zur Beschwerde und zu den darin vorgebrachten Rügen gestützt auf die bisherige Aktenlage – insbesondere das Gutachten von Dr. J.____ vom 27. November 2009 – geäußert hat, ist darin keine Verletzung des Devolutiveffekts bzw. keine über eine Bestätigung des bisherigen Standpunkts hinaus gehende Stellungnahme zu erblicken.

4.

4.1 Zwar hat die angefochtene Verfügung lediglich den allfälligen Anspruch auf eine Invalidenrente zum Inhalt. Die Beschwerdeführerin beantragte jedoch im Verwaltungsverfahren einzig eine Berufsberatung und keine Rentenleistungen (IV-act. 2). Bei der vorliegenden Verfügung gehört daher zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht der Beschwerdeführerin zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen hat. Denn wie sich aus Art. 16 ATSG ergibt, ist der Einkommensvergleich zur Bemessung des Invaliditätsgrads erst nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen vorzunehmen und hat die versicherte Person, wenn ohne berufliche Massnahmen ein Rentenanspruch droht, die Pflicht, sich geeigneten und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen zu unterziehen. Die Verwaltung ihrerseits hat die Pflicht, vor dem Entscheid über die Rentenfrage von Amtes wegen alle Eingliederungsmöglichkeiten zu prüfen und hierüber zu entscheiden.

4.2 Ein Arbeitsversuch im Verzahnungsprogramm Kleika scheiterte aufgrund der Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin und der Fall wurde bei der Eingliederungsberatung abgeschlossen (IV-act. 82). Ein Anspruch auf berufliche Massnahmen wurde bei Eingliederungsfähigkeit der Beschwerdeführerin von Seiten der Eingliederungsberatung weiterhin zugestanden. Mit E-Mail vom 10. Juli 2008 wurde zwischen der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin und der zuständigen Eingliederungsberaterin vereinbart, dass die Rechtsvertreterin auf diese zukommen werde, wenn sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin stabilisiert habe. Bei der psychiatrischen Exploration am 11. Dezember 2009 erwähnte die Beschwerdeführerin, dass sie sich überhaupt nicht in der Lage fühle, einer geregelten Arbeit nachzugehen (IV-act. 110-7/9). Noch mit Schreiben vom 8. August 2010 vertrat



die Beschwerdeführerin den Standpunkt, dass sich ihr Gesundheitszustand bedeutend verschlechtert habe und die Eingliederung zu einem Zeitpunkt erfolgt sei, da es "schon zu spät" gewesen sei (IV-act. 121). Auch anlässlich der Haushaltabklärung vom 11. Februar 2011 betonte die Beschwerdeführerin mehrmals, wie wichtig ihr eine Weiterbildung gewesen wäre und sie diese behinderungsbedingt nicht mehr absolvieren könne (IV-act. 141-7/10). Bis zum vorliegenden Beschwerdeverfahren wurde den Akten zufolge ein allfälliger Wunsch nach Durchführung von Eingliederungsmassnahmen nicht mehr geäussert – insbesondere auch nicht mit Einwand vom 26. Mai 2011 oder mit Beschwerde vom 1. Juli 2011 (IV-act. 150, act. G 1). Erst mit der Beschwerdeergänzung vom 3. Januar 2012 wurde im Rahmen eines Eventualantrags die Gewährung von Eingliederungsmassnahmen geltend gemacht, und dies lediglich unter der Voraussetzung, dass nach weitergehenden Untersuchungen eine Arbeitsfähigkeit festgestellt werden würde. Seit dem gescheiterten Arbeitsversuch im Jahr 2008 zeigt sich somit weder aus den Akten noch im Beschwerdeverfahren eine ernsthafte Mitwirkungsbereitschaft für Eingliederungsmassnahmen, weshalb die Beschwerdegegnerin zur Prüfung der Rentenfrage schreiten durfte, ohne weitere Eingliederungsmassnahmen zu prüfen. Auf dieses Begehren ist somit nicht einzutreten. Sollte die Beschwerdeführerin tatsächlich berufliche Eingliederungsmassnahmen beanspruchen wollen, könnte sie ein entsprechendes (neues) Gesuch an die IV-Stelle richten.

5.

5.1 Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet damit einzig der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Rentenleistungen. Zunächst ist zu prüfen, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erlaubt. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. J.____ und von Dr. H.____ vom 10. Dezember 2009 bzw. vom 13. Januar 2010 ab, wonach aus vorwiegend psychischen Gründen eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Raumpflegerin von 50% bestehe (IV-act. 109, 110). Bei der Einschränkung im Haushalt stellte sie auf die anlässlich der Abklärung vor Ort ermittelte Einschränkung von gerundet 27% ab. Im Beschwerdeverfahren hält sie die psychischen Beschwerden als überwindbar und sieht deren Ursache in psychosozialen Faktoren begründet, weshalb



in einer leidensadaptierten Tätigkeit eine 90%-ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Die Beschwerdeführerin ist der Ansicht, dass nicht auf das bidisziplinäre Gutachten abgestellt werden könne. Im Konkreten macht sie Rügen gegen das rheumatologische Gutachten von Dr. J.____ vom 10. Dezember 2009 geltend, die nachfolgend auf ihre Stichhaltigkeit zu überprüfen sind.

5.2

5.2.1 Unter anderem bringt die Beschwerdeführerin gegen das rheumatologische Gutachten vor, es berücksichtige nicht, dass die medizinische Abklärung der seit fünf Monaten bestehenden starken Rückenschmerzen ungenügend verlaufen sei. Diese Rüge erscheint unbegründet, da aus der Aktenlage nicht hervorgeht, inwiefern eine ungenügende Abklärung bezüglich Rückenschmerzen erfolgt sein sollte. Den Akten zufolge wurden bereits im Juni 2004 Abklärungen aufgrund einer chronischen Lumbago veranlasst (vgl. Röntgen LWS ap/seitlich vom 21. Juni 2004; IV-act. 19-4/15). Im Jahr 2005 folgten neben einem stationären Aufenthalt im KSSG weitere mannigfaltige Untersuchungen bei mehreren Spezialisten (vgl. dazu Sachverhalt A.b). Insbesondere legt die Beschwerdeführerin nicht dar, welche Abklärungen zu diesem Zeitpunkt in voraussehbarer Weise zusätzlich notwendig gewesen wären und unterlassen worden sind. Unklar ist auch, welchen Einfluss bzw., welche Aussagekraft diese Frage mit Blick auf die Qualität des Gutachtens haben soll, zumal jenes an diesem Umstand nachträglich nichts zu ändern vermochte.

5.2.2 Die Beschwerdeführerin ist der Ansicht, dass aus der Aussage von Dr. F.____ geschlossen werden müsse, dass sie nicht mehr in ihrem angestammten Beruf tätig sein konnte bzw. könnte. Nach den Angaben von Dr. F.____ im Arztbericht und Beiblatt vom 31. Oktober 2005 war die Arbeitsfähigkeit durch den damaligen Gesundheitszustand nicht eingeschränkt, weder in der von ihr als angestammte Tätigkeit angesehenen Erwerbsfähigkeit als Putzfrau noch in der angepassten (erlernten) Tätigkeit als Anwältin (IV-act. 18-1/13ff.). Dies äussert sich auch darin, dass Dr. F.____ keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte. Eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Reinigungskraft wird im Übrigen – zumindest aus ausschliesslich somatischen Gründen – von keinem



der behandelnden Ärzte vertreten, insbesondere auch nicht im Gutachten von Dr. G.____ vom 19. Januar 2007 (IV-act. 45).

5.2.3 Die Beschwerdeführerin macht ausserdem geltend, gemäss Bericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 28. September 2011 gehe sie seit ca. acht Monaten am Rollator. Rechtsprechungsgemäss hat das Sozialversicherungsgericht wie erwähnt auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 mit Hinweisen). Später eingetretene Tatsachen, die zu einer Änderung des Sachverhalts geführt haben, sind grundsätzlich nicht im Rahmen des hängigen, sondern im Rahmen eines weiteren Verfahrens zu berücksichtigen (BGE 121 V 362 E. 1b mit Hinweisen). Daher kann der Bericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 28. September 2011 nicht berücksichtigt werden, soweit er eine allenfalls nach Erlass der vorliegend streitigen Verfügung stattgehabte Verschlechterung des Gesundheitszustands belegen soll. Einerseits weist nicht allein die Benutzung eines Rollators bereits auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands hin, andererseits reichen die Angaben der Beschwerdeführerin ohne echtzeitliche medizinische Bestätigung nicht aus, um vom Gebrauch eines Rollators bereits zum Zeitpunkt des Erlasses der vorliegend streitigen Verfügung auszugehen, zumal dieser Umstand auch nicht im Einwand vom 26. Mai 2011 erwähnt wurde.

5.2.4 Zudem bringt die Beschwerdeführerin an, die fehlende Nervenleitgeschwindigkeit sei nicht untersucht worden. Dass eine Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit nicht notwendig ist, um einen Bandscheibenvorfall mit Nervenkompression zu diagnostizieren, geht in nachvollziehbarer Weise aus der RAD-ärztlichen Stellungnahme vom 18. Januar 2012 hervor. Im Bericht des KSSG vom 28. September 2011 wird im Übrigen erwähnt, dass sich von neurologischer Seite her aktuell keine Hinweise auf akute Nervenläsionen ergäben, weshalb sich an den Schlussfolgerungen im Gutachten von Dr. J.____ nichts ändert.

5.2.5 Auf Seite 7 des Gutachtens werde im Absatz "Untere Extremitäten/Gelenke" festgehalten, dass die Gelenke ohne Druckdolenz seien, ohne dass beschrieben werde, um welche Gelenke es sich handle. Eine Fibromyalgie könne eben nicht vorliegen, wenn die Gelenke ohne Druckdolenz seien. Es werde nicht beschrieben, was ein



Endphasenschmerz sei. Bei der Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms handle es sich um eine Vermutungsdiagnose, da keine Tenderpoint-Prüfung vorgenommen worden sei. Die an der rheumatologischen Untersuchung durchgeführten Globaltests seien nicht objektivierbar. Die Bezugnahme auf die im Gutachten von Dr. G.____ enthaltene Feststellung, dass der Trapezius und die gesamte paravertebrale Muskulatur schmerzhaft sei, weise darauf hin, dass nicht die einzelnen (18) Tenderpoints überprüft worden seien. Dr. G.____ sei zudem kein Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie. Da keine Blutwerte untersucht worden seien, könnten auch keine anderen Erkrankungen ausgeschlossen und eine Fibromyalgie definitiv nachgewiesen werden. Bereits aus der Zusammenfassung der Krankengeschichte des KSSG aus dem Jahr 2005 geht hervor, dass 16 von 18 Tenderpoints leicht positiv gewesen seien (IV-act. 19-10/15f.). An den unteren Extremitäten gibt es lediglich zwei Tenderpoints der Fibromyalgie (proximal des medialen Kniegelenkspalts; André G. Aeschlimann/Felix Angst, Fibromyalgie-Syndrom – Kennen Sie die 18 "tender-points"? Und das 3-Säulen-Prinzip?, in: Hausarzt Praxis 2007, S. 19ff., <http://www.reha-clinic.ch/cms/fileadmin/user_upload/pdf_forschung/fibromyalgie_Aeschlimann_Angst_2007.pdf>, abgerufen am: 30. April 2013, auch zu den Kriterien zur Definition eines Fibromyalgiesyndroms allgemein). Eine Tenderpoint-Prüfung wurde bei der Erhebung des rheumatologischen Status sehr wohl vorgenommen und es wurden dabei Druckdolenzen im Bereich der Dornfortsätze der gesamten HWS, BWS und LWS sowie im Bereich des Epicondylus humeri radialis beidseits festgestellt (vgl. IV-act. 109-6/11f.). Die bestrittene fachliche Qualifikation von Dr. G.____ kann vorliegend unbeantwortet bleiben, zumal diejenige von Dr. J.____ – auf dessen Gutachten vorliegend abgestellt wurde – ausser Frage steht. Da der Endphasenschmerz gemäss der RAD-ärztlichen Stellungnahme vom 18. Januar 2012 weder etwas mit Tenderpoints noch mit dem Test nach Lasègue zu tun hat, erübrigt sich eine Erläuterung hierzu. Eine regelmässige Bestimmung der Blutwerte wurde zumindest zur Überwachung der TSH und der freien Schilddrüsen-Werte im KSSG durchgeführt (IV-act. 19/9-15). Während der Hospitalisation im KSSG waren auch die Blutzuckerwerte im normalen Bereich. Da beim primären bzw. idiopathischen Fibromyalgiesyndrom – das in über 90% der Fälle vorkommt und deren Ursache nicht bekannt ist – alle Laborparameter normal sind und eine Bestimmung des Blutbilds lediglich zum Ausschluss einer Ursache für ein sekundäres Fibromyalgiesyndrom und ansonsten nur je nach Klinik empfohlen wird, kann davon ausgegangen werden, dass



die behandelnden Ärzte wie auch die Gutachter im vorliegenden Fall keine Veranlassung zur Durchführung weiterer Bluttests sahen (Aeschlimann/Angst, a.a.O., S. 19f.).

5.2.6 Die Beschwerdeführerin rügt schliesslich, dass die Verletzung des Steissbeins im Gutachten überhaupt nicht erwähnt werde, ebenso wenig die Auswirkungen dieser Verletzung auf die Rückenschmerzen, weshalb der Schluss naheliege, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht richtig abgeklärt worden sei. Die Rüge ist unbegründet, da in Bezug auf den Zustand der Lendenwirbelsäule explizit auch ein deutlich nach ventral anguliertes Os coccygis (Steissbein) festgestellt wurde (vgl. IV-act. 109-8/11 und auch IV-act. 151).

5.2.7 Die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Rügen sind allesamt nicht geeignet, um Zweifel am rheumatologischen Gutachten von Dr. J.____ vom 10. Dezember 2009 zu wecken, weshalb aus somatischer Sicht bei Diagnose eines chronischen lumbospondylogenen betonten Panvertebralsyndroms sowie eines Fibromyalgiesyndroms von einer 90%-igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit ausgegangen werden kann.

5.3 Bereits aus der nachvollziehbaren Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F32.11) von Dr. H.____ geht hervor, dass kein Anwendungsfall der von der Beschwerdegegnerin zitierten bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorliegt und die Anwendung der Foerster'schen Kriterien zu unterbleiben hat. Im Vordergrund steht vorliegend – auch gemäss der übrigen Aktenlage (vgl. IV-act. 18-8/13f., 89-1/14, 89-5/14, 89-9/14, 89-12/14, 94-4/11, 126-1/7, 128) – eine mittelgradige depressive Episode, die eigenständige Symptome wie eine stark reduzierte psychische Belastbarkeit, reduzierte geistige Flexibilität, reduzierte Konzentrationsfähigkeit in Stresssituationen sowie Antriebsstörungen zeitigt. Die somatischen Symptome sind davon klar abgrenzbar und finden lediglich Erwähnung im interdisziplinären Teil des psychiatrischen Gutachtens. Diese Gewichtung zeigt sich ausserdem deutlich in der aus rheumatologischen Gründen attestierten Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit von 90% und derjenigen aus psychischen Gründen von 50%. Was die psychosozialen Komponenten angeht, ist im Übrigen nur massgebend, ob letztlich



Folgen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung vorliegen, die eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit bewirken können (vgl. Art. 7f. ATSG und Art. 4 Abs. 1 IVG). Hingegen ist nicht von Belang, welches die Ursachen (seien sie auch psychosozial) einer allfälligen Einschränkung der medizinisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit sind.

5.4 Zusammenfassend ist damit vollumfänglich auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. J.____ und von Dr. H.____ vom 10. Dezember 2009 bzw. vom 13. Januar 2010 abzustellen und davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin eine 50%-ige leidensadaptierte Tätigkeit zumutbar ist.

6.

6.1 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Bei nichterwerbstätigen Versicherten im Sinn von Art. 5 Abs. 1 IVG – so namentlich bei im Haushalt tätigen Personen – wird hingegen für die Bemessung der Invalidität darauf abgestellt, in welchem Mass eine Behinderung besteht, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG). Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen versicherten Personen gilt unter anderem die übliche Tätigkeit im Haushalt sowie die Erziehung der Kinder (Art. 27 IVV). Bei einer versicherten Person, die nur zum Teil erwerbstätig wäre, wird die Invalidität diesbezüglich nach Art. 16 ATSG festgelegt. Wäre die versicherte Person daneben in einem Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind die Anteile der Erwerbstätigkeit und der Tätigkeit im anderen Aufgabenbereich festzustellen und der Invaliditätsgrad ist entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG). Diese Art der Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss als gemischte Methode bezeichnet. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin gestützt auf ihre Angaben zu Recht als im hypothetischen Gesundheitsfall zu 80% erwerbstätig und zu 20% als im Haushalt tätige Person qualifiziert, weshalb vorliegend bei der Bemessung des Invaliditätsgrads die gemischte Methode zur Anwendung kommt.

6.2 Die für den Haushaltsbereich ermittelte Invalidität von 27% blieben im Beschwerdeverfahren unbestritten und aus den Akten ergeben sich auch keine



Hinweise für eine andere Einschätzung. Bei einer 27%-igen Einschränkung ergibt sich bei einer Gewichtung eines 20%-Pensums eine Teilinvalidität im Bereich Haushalt von gerundet 5% ($27\% \times 0.2$).

6.3 Zu prüfen bleibt damit die Invalidität im Erwerbsbereich.

6.3.1 Da die zum Verfügungszeitpunkt 44-jährige Beschwerdeführerin trotz ihrer Ausbildung und Arbeitserfahrung in der Dominikanischen Republik als Juristin/Rechtsanwältin seit ihrer Einwanderung in die Schweiz (im Jahr 2002) während drei Jahren bzw. bis zum Eintritt der Arbeitsunfähigkeit als Reinigungskraft gearbeitet hat und während dieser Zeit gemäss Aktenlage keine konkreten Schritte zur Aufnahme eines Studiums unternommen wurden, ist davon auszugehen, dass sie auch ohne Gesundheitsschaden weiterhin als Reinigungskraft gearbeitet hätte. Nachdem sie damals lediglich als Aushilfe auf Abruf tätig war und heute im Gesundheitsfall ein 80%-iges Pensum bewältigen würde, steht zur Festlegung des Valideneinkommens keine verlässliche Einkommensbasis zur Verfügung. Die Anwendung der Tabellenlöhne der Lohnstrukturerhebung (LSE) erscheint daher im vorliegenden Fall gerechtfertigt und wurde von der Beschwerdeführerin auch nicht beanstandet.

6.3.2 Das bei Ausübung einer leidensadaptierten Tätigkeit erzielbare Einkommen lässt sich praxismässig ebenfalls gestützt auf die Tabellenlöhne der LSE ermitteln (BGE 126 V 75 E. 3b/aa und 3b/bb). Da vorliegend das Validen- und Invalideneinkommen anhand derselben statistischen Werte (einfache und repetitive Tätigkeiten [Anforderungsniveau 4] von Frauen) zu ermitteln sind, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzugs vom Tabellenlohn (sogenannter Prozentvergleich; SVR 2008 IV Nr. 2 S. 3 E. 5.4).

6.3.3 Die Beschwerdegegnerin hat keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Angesichts der konkreten persönlichen und beruflichen Umstände besteht hierzu auch kein Anlass und die Beschwerdeführerin macht denn auch keine Gründe geltend, um einen solchen rechtfertigen.



6.3.4 Anhand des Prozentvergleichs ergibt sich im Erwerbsbereich ungewichtet ein Invaliditätsgrad von 37,5% ($([80\%-50\%]/0.8)$). Bezogen auf einen Erwerbsanteil von 80% beträgt die entsprechende Teilinvalidität im Erwerbsbereich somit 30% ($37,5\% \times 0.8$).

6.4 Zusammen mit der Teilinvalidität im Bereich Haushalt von 5% ergibt sich ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von insgesamt 35%. Die angefochtene Verfügung vom 31. Mai 2011 erweist sich damit als rechtens.

7.

7.1 Demnach ist die angefochtene Verfügung vom 31. Mai 2011 in Abweisung der Beschwerde zu bestätigen, soweit auf diese überhaupt einzutreten ist (vgl. vorne E. 4.2).

7.2 Die gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG zu erhebenden und angesichts des durchschnittlichen Aufwands auf Fr. 600.-- festzusetzenden Gerichtskosten hat ausgangsgemäss die Beschwerdeführerin zu bezahlen. Zuzugleich der am 28. März 2012 bewilligten unentgeltlicher Rechtspflege (act. G 22) ist sie von der Bezahlung der Gerichtskosten zu befreien. Für die Kosten der Rechtsvertretung hat sie jedoch selbst aufzukommen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.
2. Die Beschwerdeführerin wird im Sinn der Erwägungen von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.-- befreit.