



**Fall-Nr.:** IV 2013/226  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 27.05.2020  
**Entscheiddatum:** 17.08.2015

### **Entscheid Versicherungsgericht, 17.08.2015**

**Art. 28 und 28a IVG. Art. 88a IVV. Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer depressiven Störung bejaht, da es sich bei dieser trotz des Vorliegens von psychosozialen Belastungsfaktoren um ein eigenständiges psychisches Leiden handelt und davon auszugehen ist, dass die Sachverständigen die psychosozialen Belastungsfaktoren bei ihrer Arbeitsfähigkeitsschätzung ausgeklammert haben. Gutheissung der Beschwerde und Zusprache einer zeitlich abgestuften Rente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. August 2015, IV 2013/226).**

Entscheid Versicherungsgericht, 17.08.2015

#### **Entscheid vom 17. August 2015**

Besetzung

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Lea Locher

Geschäftsnr.

IV 2013/226

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**



## St.Galler Gerichte

vertreten durch Advokat lic. iur. Martin Boltshauser, c/o Procap Schweiz,  
Frohburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich im September 2009 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Sie gab an, dass sie B.\_\_\_\_ die Volksschule besucht und eine Ausbildung zur Kauffrau absolviert habe. Von 1995 bis Ende März 2009 habe sie zu ca. 77 % als Montagearbeiterin gearbeitet. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen beständen seit etwa einem Jahr. Seit dem 30. März 2009 sei sie bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig.

A.b Dipl. Psych. C.\_\_\_\_, Psychiatrie-Zentrum D.\_\_\_\_, gab am 20. Oktober 2009 gegenüber RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_ an (IV-act. 12), dass die Versicherte an einer mittel- bis schwergradigen depressiven Episode, einem Restless-Legs-Syndrom (RLS), an einer Epilepsie (anfallsfrei seit 2003) sowie unter starken psychosozialen Belastungen (Kündigung durch Arbeitgeber, vier teilweise schwer kranke Kinder, schlechte Deutschkenntnisse) leide. Sie sei bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Das Protokoll wurde am 28. Oktober 2009 von Dr. med. F.\_\_\_\_, Bereichsleiter Ambulatorium, unterzeichnet (IV-act. 19). Einem gefaxten Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie vom 16. Juni 2009 (IV-act. 14) waren die Diagnosen eines RLS, einer Epilepsie, eines episodischen Spannungskopfschmerzes und einer mittelgradigen depressiven Episode zu entnehmen.



## St.Galler Gerichte

A.c Die H.\_\_\_\_ AG berichtete am 20. Oktober 2009 (IV-act. 15), dass sie die Versicherte vom 2. Januar 1995 bis 31. Dezember 2009 für Montagearbeiten beschäftigt habe. Die Kündigung aus wirtschaftlichen Gründen sei am 30. März 2009 ausgesprochen worden. Ab dem 31. März 2009 sei die Versicherte zu 100 % krankgeschrieben gewesen. Sie habe 32.15 Stunden pro Woche im Betrieb gearbeitet und zuletzt ein Jahreseinkommen von Fr. 38'512.50 erzielt.

A.d Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, gab am 22. Oktober 2009 gegenüber RAD-Ärztin Dr. E.\_\_\_\_ an (IV-act. 16 und 20), dass die Versicherte an Epilepsie, einem RLS und einer Depression (mit einer Art Verfolgungsangst) leide. Das RLS habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Das Hauptproblem stelle klar die depressive Symptomatik dar. Ergänzend berichtete er der IV-Stelle am 5. November 2009 (IV-act. 20-3), dass die Versicherte anlässlich der Untersuchung vom 3. November 2009 von halluzinationsähnlichen Erlebnissen, allerdings mit unklarer Symptomatik, berichtet habe und er sie zurzeit als zu 100 % arbeitsunfähig betrachte. Dipl. Psych. C.\_\_\_\_ gab am 17. Dezember 2009 gegenüber RAD-Ärztin Dr. E.\_\_\_\_ die Diagnose einer schweren depressiven Störung/schweren Depression mit psychotischer Symptomatik und eines Verdachts auf Panikattacken an (IV-act. 22 und 27). Der Gesundheitszustand habe sich wegen der Mitteilung, dass die Krankentaggelder eingestellt würden und aufgrund der vorgezogenen Kündigung seitens der Arbeitgeberin auf den 30. November 2009 verschlechtert. Der Gesundheitszustand sei instabil. Die Versicherte sei weiterhin in allen Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig.

A.e Am 22. Dezember 2009 wurde der Versicherten mitgeteilt, dass aufgrund ihres instabilen Gesundheitszustandes zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (IV-act. 25).

A.f Die Klinik J.\_\_\_\_ gab im Austrittsbericht vom 10. März 2010 an (IV-act. 42), dass sich die Versicherte vom 8. bis 27. Februar 2010 einer stationären Behandlung unterzogen habe. Die Diagnosen lauteten:

- Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32-11);



## St.Galler Gerichte

- sonstige belastende Lebensumstände, die Familie und Haushalt negativ beeinflussen (Z63.7);
- epileptische Anfälle seit der Kindheit;
- Nacken-Schulter-Schmerzsyndrom;
- Kachexie;
- Verdacht auf Hypothalamus (Hypophyse-Achse-Störung);
- Verdacht auf periphere Schilddrüsen-Hypofunktion;
- arterielle Hypotonie;
- RLS.

Die Klinikärzte erklärten, dass die depressive Symptomatik und die starke physische Schwäche der Versicherten im Zusammenhang mit diversen somatischen Beschwerden, einem starken Gewichtsverlust und einer damit einhergehenden Kraftlosigkeit sowie einer belastenden familiären Situation zu sehen seien. Die Versicherte habe sich stets motiviert gezeigt, am Rehabilitationsprogramm aktiv teilzunehmen. In den psychotherapeutischen Gesprächen habe sich zunächst gezeigt, wie schwierig es der Versicherten gefallen sei, nicht zu Hause bei ihrer Familie zu sein. Zwar sei sie sich bewusst gewesen, dass sie sich dringend Zeit für sich nehmen müsste und dass sie über sehr viele Jahre hinweg immer nur gearbeitet und nie an ihre Bedürfnisse gedacht habe. Trotzdem habe es den Eindruck gemacht, dass sie nie richtig zur Ruhe gekommen sei. Aufgrund der sprachlichen Barrieren sei während den Gesprächen vieles im Diffusen geblieben. Da die Versicherte jeweils erst gegen Ende der Stunde bereit gewesen sei, Themen wie Ängste vor dem Tod anzusprechen und auch auf mehrmaliges Nachfragen und Rückversichern in ihren Ausführungen sehr vage geblieben sei, hätten nur geringe Einsichten in die tatsächliche Problematik gewonnen werden können.



## St.Galler Gerichte

A.g Dr. med. K.\_\_\_, Innere Medizin und Nephrologie FMH, gab am 10. April 2010 (IV-act. 35) die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit an: Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11; seit März 2009), cerviko-vertebragenes Syndrom (seit August 2009), Kachexie und Epilepsie. Die letzte Kontrolle habe am 29. Januar 2010 stattgefunden. Es bestehe eine Progression und Chronifizierung mit multiplen somatischen Leiden. Die Versicherte sei als Montagearbeiterin vom 1. Mai bis 14. Dezember 2009 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen. Seit dem 14. Dezember 2009 und bis auf Weiteres sei sie zu 100 % arbeitsunfähig. Aufgrund der Depression mit Kachexie sei sie kraftlos. Aktuell sei sie auch in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig.

A.h Das Psychiatrie-Zentrum D.\_\_\_ gab am 16. April 2010 (IV-act. 36) als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11) und sonstige belastende Lebensumstände, die Familie und Haushalt negativ beeinflussten (Z63.7), an (diagnostiziert im April 2009). Dr. G.\_\_\_ habe in ihrem Zuweisungsschreiben vom 10. März 2009 berichtet, dass die Versicherte in den letzten 2-3 Jahren zunehmend unter Müdigkeit, rascher Erschöpfung, Nervosität sowie Schlafstörungen gelitten habe. Beim Erstgespräch am 8. April 2009 habe die Versicherte berichtet, dass die Symptomatik schon länger bestehe, das i-Tüpfelchen aber die Kündigung gewesen sei. Im Verlauf sei es zu einer Zustandsverschlechterung sowohl psychisch als auch physisch gekommen. Die Versicherte sei blass, mager, kraftlos und schwach. Die Gespräche müssten zum Teil vorzeitig beendet werden, da die Versicherte nicht länger sitzen könne und die Gespräche sie anstrengten. Sie beklage aktuell deutlich depressive Symptome wie Kraftlosigkeit, Lustlosigkeit, Interessenverlust und Appetitlosigkeit mit weiterer Gewichtsabnahme. Vor allem leide sie unter der weiter bestehenden Schlaflosigkeit. Sie habe angegeben, lebensmüde zu sein und sie äussere immer wieder Gedanken, dass ihre Familie ohne sie besser dran wäre bzw. dass sie in diesem Zustand nicht mehr leben wolle. Zugenommen hätten Klagen über körperliche Beschwerden wie Schwindel, Atemprobleme, Gefühllosigkeit im Knie, Übelkeit, Erbrechen, Nervosität, Zittern und Verstopfung. In Bezug auf die Situation der belastenden Lebensumstände gebe es keine Verbesserungen. Die Versicherte mache sich zunehmend Sorgen um die Gesundheit ihres Ehemannes. Sie sei mit Vorbehalt, Unsicherheiten sowie Ängsten ins Psychiatrie-Zentrum gekommen und aufgrund von pessimistischen Zukunftsgedanken und Hoffnungslosigkeit lange



unentschlossen gewesen, ob sie überhaupt eine Therapie machen solle. Dennoch sei sie regelmässig zu den Konsultationen gekommen. Es sei gelungen, die Versicherte zu motivieren. Inzwischen nehme sie auch ein Psychopharmakon ein, allerdings nur unregelmässig. Die Kündigung des Arbeitsverhältnisses und die Streichung des Krankentaggeldes hätten zu einer deutlichen Verschlechterung des psychischen Befindens geführt. Die Versicherte habe sich unverstanden, als Simulantin hingestellt und, auch aufgrund der finanziellen Situation, verzweifelt und ratlos gefühlt. Seit dem 8. April 2009 fänden in zweiwöchentlichen Abständen psychotherapeutische Gespräche statt. Die Versicherte sei seit dem 8. April 2009 in ihrer angestammten Tätigkeit als Fabrikangestellte zu 100 % arbeitsunfähig. Ihre Belastbarkeit sei aufgrund des depressiven Zustandbildes mit somatischen Symptomen stark reduziert. Die Konzentration und die Merkfähigkeit seien eingeschränkt. Vor allem leide die Versicherte aber unter Stimmungsschwankungen und häufigem grundlosem Weinen. Ausserdem bestehe ein starker sozialer Rückzug. Die Versicherte sei im Kontakt mit anderen schnell überfordert und reizbar. Suizidalität liege latent vor. Mittelfristig sei mindestens von einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen.

A.i Am 12. Oktober 2010 wurde die Versicherte von der ABI GmbH internistisch, neurologisch und psychiatrisch untersucht (Gutachten vom 25. November 2010, IV-act. 50). Die Versicherte gab anlässlich der Begutachtung an, dass sie unter Magenproblemen leide, schwach sei und keine Kraft habe, sich zu bewegen. Von den Medikamenten sei es ihr übel. Die Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lauteten:

- Leichte bis mittelgradige depressive Episode (F32.01, F32.11)
- niederfrequente (wahrscheinlich idiopathische) Epilepsie mit seltenen Grand-Mal und möglichen kleinen Anfällen (G40.8);
- anfallsfrei unter Carbamazepin seit 2003;
- Spannungskopfschmerzen (G44.2).

Als Diagnosen ohne Einfluss gaben die Sachverständigen die folgenden an:

- RLS (G25.9);



## St.Galler Gerichte

- Verdacht auf beginnende sensible Polyneuropathie (G62.9)
- bei anamnestischem Vitamin B12 Mangel;
- kachektischer Ernährungszustand.
- rezidivierende gastritische Beschwerden (K29.7);
- grenzwertige Leberenzymhöhung von GPT und GOT
- Gamma-GT und alkalische Phosphatase im Normbereich;
- DD: bei Medikamenteneinnahme (Carbamazepin).

Der psychiatrische Sachverständige Dr. med. L.\_\_\_\_ hielt in seinem Teilgutachten fest, neben einer Schmerzsymptomatik im Schulter-/Nackebereich habe in der Untersuchung eine leichte bis mittelgradige depressive Symptomatik mit depressiven Verstimmungen, Ängsten, erhöhter Ermüdbarkeit, Antriebsstörungen, Schlafstörungen und vermindertem Appetit im Vordergrund gestanden. Es liege keine deutliche Symptomausweitung vor. Im Rahmen der Depression bestehe aber eine Somatisierung mit subjektiver Schmerzverstärkung. Der Medikamentenspiegel der verordneten Antidepressiva habe unter dem therapeutischen Bereich gelegen. Die Versicherte habe angegeben, dass sie inzwischen nur noch ein- bis dreimal pro Woche erbrechen müsse. In den Akten fänden sich keine Hinweise auf eine aktuelle Essstörung. Die Appetitverminderung und die Gewichtsabnahme seien im Rahmen der Depression zu sehen. Die Versicherte schlafe in der Nacht wenig. Das frühmorgendliche Erwachen sei ebenfalls ein mögliches Symptom eines somatischen Syndroms im Rahmen der Depression. Auch dass die Versicherte keine Lust mehr habe, im gemeinsamen Zimmer mit dem Ehemann zu schlafen, sei ein Symptom des somatischen Syndroms. Bezüglich der Arbeit bestünden negative Zukunftsperspektiven und ein verminderter Selbstwert. Die Versicherte fühle sich wertlos und schäme sich, weil sie nicht mehr arbeite. Deshalb fühle sie sich auch beobachtet. Da sie am Tag müde sei, lege sie sich oft hin und schlafe manchmal praktisch den ganzen Tag. Wenn es ihr besser gehe, könne sie eigentlich auch den Haushalt erledigen. Sie gehe nirgendwo alleine hin. Kolleginnen habe sie keine mehr. Manchmal besuche sie zusammen mit dem Ehemann



dessen Schwester. Innerhalb der Familie bestehe sonst eine gute Beziehungssituation. Die psychosozialen Belastungen (finanzielle Abhängigkeit vom Ehemann, angespannte finanzielle Situation, eigenes Epilepsieleiden und Epilepsieleiden des Sohnes) hätten seit 2009 zu einer Verstärkung der vorwiegend psychischen Störung geführt, seien als solche aber krankheitsfremd. Die Prognose sei aufgrund der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung ungünstig. Aus psychiatrischer Sicht bestehe in einer den körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit eine 30 %ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die depressive Symptomatik bewirke vor allem eine erhöhte Ermüdbarkeit, die einen vermehrten Pausen- und Erholungsbedarf erfordere. Diese Einschätzung gelte mindestens seit dem Untersuchungszeitpunkt. Für die Zeit davor könne aufgrund der Diagnostik des Psychiatrie-Zentrums D.\_\_\_\_ von einer 50 %igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Die Einschätzung des Psychiatrie-Zentrums D.\_\_\_\_, wonach die Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig sei, sei aufgrund der gestellten Diagnosen nicht nachvollziehbar. Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, erklärte in seinem Teilgutachten, dass die Versicherte eine erhebliche Druckempfindlichkeit der Nackenmuskulatur angegeben habe, welche etwas diskrepanz zu dem lockeren, unauffälligen Tastbefund gewesen sei. Ein (subjektiv angegebenes) grenzwertig gemindertem Vibrationsempfinden an den Innenknöcheln und ein für das Alter grenzwertig unsicher wirkender Strichgang deuteten bei einem anamnestisch erwähnten Vitamin B 12 Mangel auf eine beginnende, bisher rein sensible Polyneuropathie hin. Das anamnestisch angegebene RLS sei möglicherweise als sekundäres RLS anzusehen. Die Epilepsie sei mit Carbamazepin voll befriedigend eingestellt und das RLS mit einem Dopaminagonisten hinreichend behandelt. Aufgrund der Epilepsie könne die Versicherte keine Arbeiten mit Absturzgefahr, an offenen Maschinen oder in Wechselschichten ausüben. Überkopfarbeiten und Tätigkeiten in Zwangshaltungen sowie in lauter Umgebung seien wegen der Spannungskopfschmerzen zu vermeiden. Angepasste Tätigkeiten könne die Versicherte ganztägig verrichten. Gesamthaft bestehe aus neurologischer Sicht wegen eines erhöhten Pausenbedarfs eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %. In der Gesamtbeurteilung hielten die Sachverständigen fest, dass die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aus polydisziplinärer Sicht 30 % betrage. Die Leistungseinbussen aus psychiatrischer und somatischer Sicht ergänzten sich, d.h. es könnten die gleichen Zeitabschnitte zum Einlegen von Pausen und zur Erholung



genutzt werden. Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden. Den Beginn der Arbeitsunfähigkeit legten die Sachverständigen auf April 2009 fest, da sich zu diesem Zeitpunkt die psychiatrische Erkrankung manifestiert habe. Nach längerer 50 %iger Arbeitsunfähigkeit habe sich die Situation bis zum heutigen Zeitpunkt remittiert, sodass seit Oktober 2010 noch eine 30 %ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Für die Haushaltstätigkeit könne von einer maximalen Einschränkung von 20 % ausgegangen werden, da sich die Versicherte die Zeit für die Erledigung des Haushalts frei einteilen könne und da die Tätigkeit in einer vertrauten Umgebung stattfindet.

A.j RAD-Ärztin Dr. E.\_\_\_\_ erklärte am 10. Januar 2011 (IV-act. 51), dass das ABI-Gutachten umfassend, kohärent, in sich widerspruchsfrei und aus medizinischer Sicht nachvollziehbar sei. Es könne vollumfänglich darauf abgestellt werden.

A.k Die Versicherte teilte der IV-Stelle am 25. Februar 2011 auf Anfrage mit (IV-act. 57), dass sie noch immer zu 100 % arbeitsunfähig und deshalb nicht bereit sei, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Am 8. März 2011 (IV-act. 59) teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass eine Arbeitsvermittlung nicht möglich sei, da sie sich nicht in der Lage fühle, eine Erwerbstätigkeit auszuüben.

A.l Im Fragebogen zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit/Haushalt vom 1. April 2011 (IV-act. 63) gab die Versicherte u.a. an, dass sie heute auch ohne Behinderung keine Erwerbstätigkeit ausüben würde.

A.m Am 10. August 2011 fand eine Haushaltabklärung statt (IV-act. 69). Die Versicherte gab an, dass sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert habe und ihr zu einer stationären Behandlung geraten worden sei. Bisher habe sie sich jedoch nicht zu einem Klinikaufenthalt entschliessen können, weil sie kaum auf Distanz zu ihrer Familie gehen könne und sehr schlechte Erinnerungen an den Aufenthalt in der Klinik J.\_\_\_\_ habe. Die Sorge um ihre Kinder, welche seit ihrer Kindheit unter gesundheitlichen Problemen litten (Migräne, Epilepsie, Skoliose), habe sie schon vor dem eigentlichen Zusammenbruch wegen der Kündigung Ende März 2009 sehr belastet. Sie habe sich oft bedrückt und krank gefühlt, sei aber trotzdem zur Arbeit gegangen. Die Versicherte gab an, dass sie heute ohne Behinderung weiterhin im bisherigen Pensum arbeiten würde. Die Abklärungsperson schlug vor, die Versicherte als zu 80 % erwerbstätig und



zu 20 % im Haushalt tätig einzustufen und auf die von den ABI-Sachverständigen festgelegte Einschränkung von 20 % im Haushalt abzustellen.

A.n Mit Vorbescheid vom 29. November 2011 (IV-act. 75) kündigte die IV-Stelle der Versicherten die Zusprache einer befristeten Viertelsrente für die Zeit vom 1. März 2010 bis 31. Dezember 2010 an. Zur Begründung gab sie an, die Abklärungen hätten ergeben, dass die Versicherte ohne Gesundheitsschaden weiterhin in einem 80 %-Pensum als Montagemitarbeiterin tätig sein könnte. Die restlichen 20 % entfielen in den Aufgabenbereich. Der IV-Grad im Haushalt betrage 4 % (20 % von 20 %), derjenige im Erwerb 24 % (Valideneinkommen von Fr. 42'278.--, Invalideneinkommen von Fr. 29'595.-- [70 % des Valideneinkommens]). Gesamthaft betrage der IV-Grad ab Oktober 2010 somit 28 %. Da die Arbeitsfähigkeit bis Ende September 2010 50 % betragen habe, habe die Versicherte für die Zeit vom 1. März 2010 bis 31. Dezember 2010 bei einem IV-Grad von 45 % (4 % im Haushalt, 40.80 % im Erwerb) einen Anspruch auf eine befristete Viertelsrente.

A.o Die Procap St. Gallen-Appenzell wandte am 16. Januar 2012 ein (IV-act. 81), dass die Versicherte seit 2009 nie mehr arbeitsfähig gewesen sei. Die behandelnde Psychiaterin habe bei der Versicherten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen, diagnostiziert. Sie halte die Versicherte für nicht arbeitsfähig. Des Weiteren sei die Anwendung der gemischten Methode nicht zulässig, da die Versicherte vor ca. sechs Jahren auf Anraten ihres Arztes von einem Vollpensum auf ein Teilzeitpensum reduziert habe. Bereits damals seien erste Erschöpfungssymptome aufgetreten. Dem Einwand lag ein Bericht von Dr. N.\_\_\_\_ vom 11. Dezember 2011 an den Hausarzt der Versicherten bei (IV-act. 81-3 ff.). Diesem war zu entnehmen, dass die Versicherte ihr Arbeitspensum fünf bis sechs Jahre vor der Kündigung der Arbeitsstelle wegen erster Symptome einer psychophysischen Erschöpfung auf Anraten ihres Ehemannes auf 75 % reduziert habe. Zu Behandlungsbeginn (Erstkonsultation am 27. Oktober 2010) habe die Versicherte sich sehr misstrauisch gegenüber Antidepressiva gezeigt, da sie gelesen habe, dass diese die Schwelle für epileptischen Anfälle senken könnten. Sie habe deshalb nur bei Remeron eine gute Compliance gezeigt. Der psychische Zustand habe sich seit dem Erstgespräch weiter verschlechtert. Die Versicherte habe berichtet, die Nähe ihrer Familie und ihres Ehemannes nicht mehr ertragen zu können. Sie habe versucht, sich



## St.Galler Gerichte

das Leben zu nehmen. Sie verspüre immer den Drang, von zu Hause weg zu laufen und nie wieder zurückzukommen. Sie habe das Gefühl, als Person "anders zu sein", sie erkenne sich selber nicht mehr. Für eine stationäre Behandlung in der Klinik O.\_\_\_\_ habe sich die Versicherte bisher nicht entschliessen können, da ihr Sohn aktuell wegen der Epilepsie abgeklärt werde. Als Diagnosen gab Dr. N.\_\_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen, und eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (eigene Epilepsie, schwere Epilepsie des Sohnes, Tätigkeit im Haushalt und in der Fabrik, Erziehung von vier Kindern, Kündigung am Arbeitsplatz) an. Die Versicherte sei aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig.

A.p RAD-Psychiater Dr. med. P.\_\_\_\_ hielt am 8. Februar 2012 fest (IV-act. 83), dass die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung mit den von Dr. N.\_\_\_\_ beschriebenen psychosozialen Belastungsfaktoren nicht begründbar sei. Zudem sei es aus fachärztlicher Sicht kaum möglich, bei gleichzeitig diagnostizierter schwer ausgeprägter depressiver Episode eine solche Diagnose zu stellen. Ausserdem hätte eine Persönlichkeitsänderung bereits von den langjährigen Behandlern im Psychiatrie-Zentrum D.\_\_\_\_ diagnostiziert werden müssen, da die damalige weniger schwerwiegende depressive Symptomatik eine Persönlichkeitsstörung bzw. -änderung weniger maskiert hätte. Auch der psychiatrische Sachverständige der ABI GmbH habe das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung ausgeschlossen. Allerdings könne aufgrund des Berichts von Dr. N.\_\_\_\_ nicht ausgeschlossen werden, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten verschlechtert habe.

A.q Die Procap St. Gallen-Appenzell reichte am 19. April 2012 weitere medizinische Berichte ein (IV-act. 85). Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, hatte am 12. März 2012 berichtet (IV-act. 86), dass sich die psychische Verfassung der Versicherten durch die Auseinandersetzung mit der IV und darüber hinaus durch Sorgen um ihren schwer kranken Vater deutlich verschlechtert habe. Das Angebot einer tagesklinischen Betreuung habe sie wegen der Sorgen um den Vater und die anstehende Reise in die Heimat noch nicht annehmen können. In somatischer Hinsicht habe die Versicherte über eine deutliche Verschlechterung des RLS berichtet. Das Psychiatrie-Zentrum D.\_\_\_\_ hatte am 27. Januar 2012 über die psychiatrisch-psychotherapeutische



## St.Galler Gerichte

Behandlung vom 8. April 2009 bis 25. November 2010 berichtet (IV-act. 87). Als Diagnose hatte sie eine mittelgradige depressive Episode (F32.1) und epileptische Anfälle seit der Kindheit angegeben. Während des gesamten Behandlungsverlaufs habe keine erkennbare Verbesserung der depressiven Symptomatik erzielt werden können. Die Klinik O.\_\_\_\_ hatte in ihrem Austrittsbericht vom 15. Februar 2012 berichtet (IV-act. 88), dass die Versicherte vom 31. Januar bis 7. Februar 2012 hospitalisiert gewesen sei. Als Diagnosen hatte sie u.a. eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2), angegeben. Als aktuellen Belastungsfaktor habe die Versicherte die Epilepsieerkrankung ihres Sohnes genannt, der sich im Frühjahr einer schweren Operation werde unterziehen müssen. Zudem sei sie mit der Versorgung ihrer Familie überfordert. Die Versicherte habe initial unruhig und innerlich angespannt gewirkt und starke Stimmungsschwankungen gezeigt. Bezüglich der stationären Therapie habe sie einen ambivalenten Eindruck gemacht. Im Stationsmilieu sei sie nur wenig spürbar gewesen, habe sich häufig in ihr Zimmer zurückgezogen und über Heimweh geklagt. Eine eigentliche psychotherapeutische Bearbeitung der präsentierten Kernkonflikte sei von der Versicherten schlecht toleriert worden und habe regelmässig zu einer Überforderungssituation geführt. Die Versicherte sei auf ausdrücklichen Wunsch am 7. Februar 2012 nach Hause entlassen worden.

A.r Dr. N.\_\_\_\_ berichtete der IV-Stelle am 1. Juni 2012 (IV-act. 89) über ein seit Monaten unverändertes Zustandsbild und eine anhaltende 100 %ige Arbeitsunfähigkeit.

A.s Am 21. September 2012 erfolgte eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung durch die Medizinisches Gutachterzentrum Region St. Gallen GmbH (MGSG-Gutachten vom 24. September 2012, IV-act. 94). Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gab als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit für die Zeit von April 2009 bis Dezember 2010 eine rezidivierende depressive Störung mit mittelgradigen Episoden mit somatischem Syndrom (F33.11) und für die Zeit ab Januar 2011 eine mittelgradige bis schwere depressive Episode an. Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten akzentuierte Persönlichkeitszüge mit infantilen und histrionischen Zügen (Z73.1). Dr. R.\_\_\_\_ hielt in seiner Beurteilung fest, dass die Versicherte seit ca. 2006/2007 eine rezidivierende depressive Störung



entwickelt habe, wobei für die Zeit ab April 2009, d.h. nach der Kündigung, eine überwiegend mittelgradige depressive Störung erhoben werden könne. Seit etwa Januar 2011 bestehe eine mittelgradige bis schwere depressive Störung. Es bestünden keine eindeutigen Hinweise für das Vorliegen psychotischer Symptome. Zwar habe die Versicherte gewisse optische und akustische Trugwahrnehmungen geschildert. Aufgrund der ungenauen Angaben sei jedoch fraglich, ob es sich hierbei um Halluzinationen handle. Auch paranoide Ideen hätten sich keine gefunden. Bei der Untersuchung seien ungenaue Angaben, ungenaue Schilderungen der Symptome, ungenaue zeitliche Angaben, Affektstörungen mit Affektlabilität und teils überschüssendem Verhalten mit psychogenen Verhaltensweisen, eine Dramatisierung der Beschwerden, Selbstbezogenheit und eine erhöhte Kränkbarkeit aufgefallen, die infantilen und histrionischen Persönlichkeitszügen entsprächen. Die Versicherte habe ein stark wechselndes psychisches Zustandsbild geboten. Eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung könne trotz den erheblichen Belastungen und psychosozialen Problemen nicht diagnostiziert werden, da der Vorgeschichte keine Situationen mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder lebensbedrohlichen Situationen zu entnehmen seien. Die depressive Störung sei durch eine niedergeschlagene Stimmungslage mit Lustlosigkeit, Freudlosigkeit, Affektstörungen mit Affektlabilität, psychomotorischer Unruhe und Antriebsminderung gekennzeichnet. Die Versicherte zeige wenig Geduld, es störe sie alles und sie reagiere mit Hassgefühlen auf die Umgebung, auf die Familie und auf sich selbst. Die Versicherte leide zudem an Schlafstörungen, insbesondere an Durchschlafstörungen. Im Denken habe sie wenig flexibel gewirkt und sie könne andere Ansichten nicht akzeptieren. Die Versicherte reagiere mit Angstzuständen, wobei zum Untersuchungszeitpunkt keine Angstsymptome erkennbar gewesen seien, und mit einem sozialen Rückzug. Sie habe seit Jahren keine exogenen Kontakte mehr. Zusätzlich hätten sich körperliche Symptome mit Gewichtsabnahme, Appetitlosigkeit und rezidivierenden abdominalen Beschwerden erheben lassen. Seit etwa Januar 2011 lasse sich eine Verschlechterung des psychischen Zustandbildes mit verstärkten depressiven Symptomen erheben. Die Versicherte habe angegeben, dass sich diese Verschlechterung vor allem nach dem IV-Bescheid eingestellt habe und sie sich unverstanden fühle. Die emotionale Belastbarkeit, die geistige Flexibilität, der Antrieb, die Interessen, die Motivation, die Anpassungsfähigkeit und die Dauerbelastbarkeit der



Versicherten seien wegen der depressiven Störung erheblich beeinträchtigt. Es hätten sich aber auch gewisse Ressourcen erheben lassen. So besorge die Versicherte zumindest teilweise den Haushalt. Sie bereite das Mittag- und Abendessen zu, gehe einkaufen und gehe ausser Haus. Somit hätten gewisse Aktivitäten und Interessen erhoben werden können. Zwar bestünden Hinweise für eine Somatisierung im Rahmen der depressiven Erkrankung, nicht jedoch für das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung oder eines syndromalen Geschehens. In den Akten seien Hinweise bezüglich einer dissoziativen Störung beschrieben worden. Solche hätten sich im Rahmen der Untersuchung jedoch nicht erheben lassen. Aus psychiatrischer Sicht liege aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung ein psychisches Leiden mit Krankheitswert vor. Ein Überwiegen von psychosozialen Faktoren sei nicht anzunehmen, wobei an belastenden Faktoren Arbeitslosigkeit und familiäre Belastungen bei Epilepsieerkrankung des Sohnes hätten erhoben werden können. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Versicherte seit etwa Januar 2011 in der Tätigkeit als Montagearbeiterin zu 70 % und in einer adaptierten Tätigkeit zu 60 % arbeitsunfähig. Bei einer adaptierten Tätigkeit handle es sich um eine Tätigkeit ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne erhöhten Zeitdruck (Stressbelastung), ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung. Für die Haushaltstätigkeit könne wegen der freien Zeiteinteilung ab Januar 2011 von einer 30 %igen Einschränkung ausgegangen werden. Nach dem bisherigen Krankheitsverlauf erscheine die Prognose eher ungünstig. Trotz konsequenter psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung sei innerhalb eines Jahres nur eine leichte Besserung des psychischen Zustandsbildes mit Leistungssteigerung zu erwarten. Es könne mit einer etwa 50 %igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gerechnet werden, wobei die Motivation und Compliance eher fraglich schienen.

A.t RAD-Arzt Dr. P.\_\_\_\_ hielt am 19. November 2012 fest (IV-act. 95), das MGSG-Gutachten sei in sich widerspruchsfrei, die Beurteilung sei schlüssig und die medizinischen Schlussfolgerungen seien plausibel nachvollziehbar. Auf das Gutachten könne daher abgestellt werden.

A.u Der Rechtsdienst der IV-Stelle hielt in einer Stellungnahme vom 4. Februar 2013 (IV-act. 96) fest, dass die rezidivierende depressive Störung aufgrund der gutachterlichen Feststellungen ihre hinreichende Erklärung in psychosozialen



Umständen und subjektiven Auffassungen finde. Deshalb könne sie im Rahmen der invalidenversicherungsrechtlichen Leistungszusprache nicht berücksichtigt werden. Ausserdem sei aufgrund der Feststellung im MGSG-Gutachten, wonach die Compliance und Motivation der Versicherten zu einer Intensivierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung fraglich erschienen, und den von der Klinik O.\_\_\_\_ erwähnten Gründen für die vorzeitige Beendigung des stationären Aufenthalts anzunehmen, dass die Versicherte die ihr zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten nicht ausreichend genutzt und umgesetzt habe. Solange durch eine tatsächlich realisierbare Veränderung der für die gesundheitliche Situation bedeutsamen Rahmenbedingungen eine wesentliche Veränderung der psychischen Befindlichkeit und damit der durch diese eingeschränkte Arbeitsfähigkeit bewirkt werden könne, liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor. Bei der Versicherten seien daher ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden und damit eine sozialversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu verneinen.

A.v Mit Vorbescheid vom 21. Februar 2013 (IV-act. 99) kündigte die IV-Stelle der Versicherten bei einem IV-Grad von 0 % die Abweisung des Rentengesuchs an. Zur Begründung führte sie an, dass rechtsprechungsgemäss eine rezidivierende depressive Störung, welche ihre hinreichende Erklärung in psychosozialen Umständen und subjektiven Auffassungen finde, nicht als invalidisierende Einschränkung anerkannt werde. Dagegen liess die Versicherte am 8. April 2013 einwenden (IV-act. 100), dass gemäss dem Sachverständigen Dr. R.\_\_\_\_ ein Überwiegen von psychosozialen Faktoren gerade nicht anzunehmen sei.

A.w Mit Verfügung vom 18. April 2013 (IV-act. 101) wies die IV-Stelle das Rentengesuch aus den im Vorbescheid angegebenen Gründen ab. Bezüglich des Einwandes verwies die IV-Stelle erneut auf die psychosozialen Belastungen.

B.

B.a Gegen diese Verfügung liess die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 17. Mai 2013 durch die Procap Beschwerde erheben (act. G 1). Der Rechtsvertreter der Procap beantragte die Aufhebung der Verfügung, die Zusprache mindestens einer Dreiviertelsrente und die Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege im



Beschwerdeverfahren. Zur Begründung führte er in Ergänzung zum Einwand an, inzwischen sei unbestritten, dass die Invalidität ausschliesslich mittels Einkommensvergleich zu ermitteln sei. Dr. R.\_\_\_\_ habe in seinem Gutachten ausdrücklich festgehalten, dass zwar psychosoziale Faktoren vorlägen, diese aber nicht im Vordergrund stünden. Daher könne die klare Diagnose der mittelschweren bis schweren Depression nicht einfach als nicht invalidisierend betrachtet werden. Dass neben der Depression begleitend auch psychosoziale Umfeldfaktoren vorlägen, spiele keine Rolle. Im Übrigen dürfte es kaum psychische Erkrankungen geben, die losgelöst von jeglichen psychosozialen Faktoren bestünden.

B.b Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) beantragte am 4. Juli 2013 die Abweisung der Beschwerde (act. G 5). Zur Begründung brachte sie vor, dass die Frage, inwiefern die ärztliche Einschätzung der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit invaliditätsfremde Gesichtspunkte mitberücksichtige, eine Rechtsfrage darstelle. Dr. R.\_\_\_\_ habe angegeben, dass sich die Verschlechterung des psychischen Zustandbildes ab Januar 2011 vor allem durch den IV-Bescheid eingestellt habe und sich die Versicherte unverstanden fühle. Gemäss dem psychiatrischen ABI-Sachverständigen habe sich die leichte bis mittelgradige depressive Episode unter den psychosozialen Belastungen mit durch die finanzielle Abhängigkeit vom Ehemann angespannter finanzieller Situation und dem Epilepsieleiden des Sohnes manifestiert und seit 2009 verstärkt, was zu einer fachärztlichen Behandlung geführt habe. Angesichts der gutachterlichen Feststellungen werde das Beschwerdebild augenfällig durch die erwähnten psychosozialen Faktoren bestimmt und unterhalten. Unter diesen Umständen könne nicht von einem invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden gesprochen werden. Zudem könne in reaktiven Störungen, welche einer adäquaten ärztlichen Behandlung zugänglich seien, keine invalidisierende psychische Beeinträchtigung erblickt werden, da der gesetzliche Invaliditätsbegriff ansonsten seine Konturen verlöre. Hinzu komme, dass davon ausgegangen werden müsse, dass die Beschwerdeführerin die ihr zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten nicht ausreichend genutzt und umgesetzt habe. Und schliesslich hätten die ABI-Sachverständigen keine ausgeprägten organischen Befunde erwähnt, die eine quantitative Einschränkung der Leistungsfähigkeit infolge eines körperlichen Leidens zu begründen vermöchten. Die Beschwerdeführerin sei aus somatischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit daher als zu 100 % arbeitsfähig zu betrachten. Da unabhängig von der Methodenwahl kein



## St.Galler Gerichte

anspruchsbegründender Invaliditätsgrad resultiere, erübrigten sich weitere Ausführungen dazu.

B.c Mit einer Replik vom 7. November 2013 (act. G 14) liess die Beschwerdeführerin an den in der Beschwerdeschrift gestellten Rechtsbegehren festhalten.

B.d Am 14. November 2013 teilte das Gericht dem Rechtsvertreter mit (act. G 16), dem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege könne mangels Prozessarmut nicht entsprochen werden. Ohne einen ausdrücklichen Gegenbericht bis 28. November 2013 werde davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin mit der formlosen Erledigung des Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege einverstanden sei.

B.e Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 17).

### Erwägungen:

1.

1.1 Mit der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin bei einem Invaliditätsgrad von 0 % verneint. Strittig ist demnach, ob die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

1.2 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 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. 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 ausgeglichen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).



1.3 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). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden; sie können aber auch nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzt werden (AHI 1998 S. 120). Wird eine Schätzung vorgenommen, muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen (sog. Prozentvergleich; BGE 114 V 310 E. 3a mit Hinweisen).

1.4 Bei nichterwerbstätigen versicherten Personen im Sinne von Art. 5 Abs. 1 IVG – namentlich bei im Haushalt tätigen Personen – wird für die Bemessung der Invalidität darauf abgestellt, in welchem Mass eine Behinderung besteht, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (spezifische Methode des Betätigungsvergleichs; 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 versicherten Personen, die teilweise erwerbstätig sind, erfolgt die Invaliditätsbemessung nach der gemischten Methode. Dabei sind die Anteile der Erwerbstätigkeit und der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzustellen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG).

2.

2.1 Vorab ist zu klären, anhand welcher Methode (Einkommensvergleich, gemischte Methode oder Betätigungsvergleich) die Invaliditätsbemessung im vorliegenden Fall vorzunehmen ist. Ob und gegebenenfalls in welchem Ausmass eine versicherte Person auch ohne den Gesundheitsschaden im Aufgabenbereich tätig wäre, ist anhand der hypothetischen Verhaltensweise der versicherten Person zu prüfen. Namentlich ist



abzuklären, ob die versicherte Person ohne den Gesundheitsschaden mit Rücksicht auf die gesamten Umstände (persönlicher, familiärer, sozialer und erwerblicher Art) erwerbstätig oder im Aufgabenbereich tätig wäre. Dabei sollen die finanzielle Notwendigkeit der Aufnahme oder der Ausdehnung einer Erwerbstätigkeit, allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben, das Alter der versicherten Person und deren berufliche Fähigkeiten, Neigungen und Begabungen massgebend sein. Die Statusfrage beurteilt sich nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 125 V 146 E. 2c mit Hinweisen; vgl. auch BGE 133 V 504 E. 3.3).

2.2 Die Beschwerdeführerin ist vor Eintritt der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu 80 % erwerbstätig gewesen. Im Fragebogen zur Rentenabklärung vom 1. April 2011 hat sie angegeben, dass sie heute ohne Behinderung keine Erwerbstätigkeit ausüben würde. Diese Antwort ist nicht nachvollziehbar, da die Beschwerdeführerin bis zum Eintritt der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu 80 % erwerbstätig gewesen ist und keine Gründe ersichtlich sind, weshalb sie die Erwerbstätigkeit ohne gesundheitliche Probleme hätte aufgeben sollen. Zudem hat sie im selben Fragebogen angegeben, dass sie sich wegen Krankheit nicht um Stellen beworben habe. Es muss daher davon ausgegangen werden, dass sie die Frage falsch verstanden hat. Während der Haushaltabklärung vom 10. August 2011 hat die Beschwerdeführerin erklärt, dass sie ohne Gesundheitsschaden weiterhin zu 80 % erwerbstätig wäre. Zwar erscheint diese Angabe auf den ersten Blick als plausibel. Allerdings ist zu bezweifeln, dass die Beschwerdeführerin in diesem Zeitpunkt, d.h. als die Depression schon seit mehreren Jahren bestanden hat, überhaupt hat beurteilen können, wie sich ihr Leben und damit auch ihre Erwerbstätigkeit entwickelt hätte, wenn sie gesund geblieben wäre. Hinzu kommt, dass – insbesondere mit Blick auf die offensichtlich falsche Angabe im Fragebogen zur Rentenabklärung – nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Beschwerdeführerin die Frage erneut nicht richtig verstanden hat. So hat sie denn auch im Einwand gegen den ersten Vorbescheid im Jahr 2012 angeben lassen, dass sie heute ohne Gesundheitsschaden zu 100 % erwerbstätig wäre. Nachfolgend ist daher zu prüfen, ob aufgrund der gesamten Umstände überwiegend wahrscheinlich ist, dass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Probleme im Verfügungszeitpunkt zu 100



% erwerbstätig gewesen wäre. Die Beschwerdeführerin liess im Einwand gegen den ersten Vorbescheid darauf hinweisen, dass sie ihr Arbeitspensum vor ca. sechs Jahren reduziert habe, weil bereits damals die ersten Erschöpfungssymptome aufgetreten seien. Aus dem IK-Auszug (IV-act. 8) geht allerdings nicht hervor, dass die Beschwerdeführerin in besagtem Zeitraum ihr Arbeitspensum geändert hätte. Aufgrund der im IK-Auszug ausgewiesenen Jahreseinkommen muss davon ausgegangen werden, dass sie von 1988 bis 1994 eine Teilzeitarbeitstätigkeit ausgeübt hat. In diesem Zeitraum hat sie drei Kinder geboren (198\_, 199\_, 199\_). 1995 hat sie ihr Pensum offenbar auf 100 % erhöht. 199\_ ist das vierte Kind zur Welt gekommen. Im Jahr X.\_\_\_, als ihre Kinder ca. 2-, 3-, 6- und 10-jährig gewesen sind, hat sie ihr Pensum wieder reduziert. Die Reduktion des Arbeitspensums ist somit zu einem Zeitpunkt erfolgt, als die Beschwerdeführerin gemäss ihren eigenen Angaben noch nicht an depressiven Symptomen gelitten hat. Die Pensumsreduktion ist deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den hohen Betreuungsaufwand der zu diesem Zeitpunkt noch sehr jungen Kinder zurückzuführen gewesen, zumal der Ehemann offenbar stets zu 100 % erwerbstätig gewesen ist. Im Zeitpunkt des Verfügungserlasses (18. April 2013) ist das jüngste Kind 1\_-jährig gewesen und der an Epilepsie erkrankte Sohn hat in einer geschützten Werkstätte gearbeitet (IV-act. 69-5). Die Kinder der Beschwerdeführerin haben ihren Alltag im Verfügungszeitpunkt somit weitgehend selbständig meistern können. Da die Beschwerdeführerin ihr Vollzeitpensum im Jahr 1999 oder 2000 wegen der Kinderbetreuung aufgegeben hat, ist davon auszugehen, dass sie im Verfügungszeitpunkt, als die Kinder nur noch wenig Betreuung benötigen haben, ohne gesundheitliche Probleme wieder zu 100 % erwerbstätig gewesen wäre. Dass sie ihr Pensum nicht bereits vor März 2009 auf 100 % erhöht hat, kann zum einen mit dem Alter des jüngsten Sohnes, welcher zu diesem Zeitpunkt 1\_-jährig gewesen ist und damit noch die Primarschule besucht hat, erklärt werden. Zum anderen ist den Akten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin bereits ab dem Jahr 2006 oder 2007 an depressiven Symptomen wie Müdigkeit, rasche Erschöpfung und Schlafstörungen gelitten hat (siehe z.B. IV-act. 36). Somit wird sie eine Erhöhung des Arbeitspensums auch aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in Erwägung gezogen haben. Schliesslich leuchtet die spätere Wiederaufnahme einer Vollerwerbstätigkeit im fiktiven Gesundheitsfall auch vor dem Hintergrund der finanziellen Situation der Familie ein: Der Ehemann erzielt lediglich ein



Jahreseinkommen von Fr. 61'100.-- (plus Schichtzulage, Stand 2011, siehe IV-act. 69-4). Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin und ihr Ehemann ca. im Jahr 200\_ ein Haus gekauft haben, welches im Jahr 201\_ noch mit einer Hypothek über Fr. 350'000.-- belastet gewesen ist (IV-act. 69-4). Unter Berücksichtigung der gesamten Umstände ist deshalb davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden im Verfügungszeitpunkt zu 100 % erwerbstätig gewesen wäre. Die Invaliditätsbemessung hat daher anhand eines reinen Einkommensvergleichs zu erfolgen.

3.

3.1 Als Nächstes ist zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin aus psychischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt ist.

3.1.1 Die Invalidenversicherung ist eine finale Versicherung, das heisst, es wird nicht nach der Art und Genese eines Gesundheitsschadens gefragt, welcher die Erwerbsunfähigkeit verursacht. Der Gesundheitszustand ist folglich immer gesamtheitlich zu betrachten. Selbst eine Erwerbsunfähigkeit, deren psychogene krankhafte Grundlage (auch) durch eine soziokulturelle Überforderung verursacht worden ist, fällt in den Geltungsbereich der Invalidenversicherung, vorausgesetzt es handelt sich um ein verselbständigtes psychisches Leiden. Eine rentenbegründende Invalidität kann damit nicht allein mit dem Hinweis auf das Vorhandensein soziokultureller oder psychosozialer Belastungsfaktoren verneint werden (Urteil des Bundesgerichts vom 29. April 2014, 8C\_830/2013 E. 5.2.3; BGE 136 V 279 E. 3.2.1). Ist eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der Frage zentrale Bedeutung zu, ob und in welchem Ausmass, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, der versicherten Person objektiv betrachtet trotz ihres psychischen Leidens eine Erwerbstätigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt sozial-praktisch noch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar ist (BGE 102 V 165; BGE 127 V 294 E. 4c und 5a).

3.1.2 Der psychiatrische ABI-Sachverständige Dr. L.\_\_\_\_ hat für die Zeit von April 2009 bis Oktober 2010 als Diagnose eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (mit somatischem Syndrom) angegeben und die Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten



Tätigkeit von April 2009 bis September 2010 auf 50 % und ab Oktober 2010 auf 30 % geschätzt. Diese Einschränkung hat er mit einer erhöhten Ermüdbarkeit begründet. Dr. L.\_\_\_\_ hat explizit festgehalten, dass es sich bei der depressiven Symptomatik um eine vorwiegend psychische Störung handle, die seit 2009 durch psychosoziale Belastungen, die krankheitsfremd seien, verstärkt worden sei. Das Psychiatrie-Zentrum D.\_\_\_\_ hat im Oktober 2009 als Diagnose eine mittel- bis schwergradige depressive Episode, im Dezember 2009 eine schwere depressive Störung/schwere Depression mit psychotischer Symptomatik und im April 2010 eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom angegeben. Im Januar 2012 hat die Klinik rückblickend in einem zusammenfassenden Bericht über den gesamten Behandlungsverlauf lediglich noch die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode angegeben. Somit stimmen die Diagnosen von Dr. L.\_\_\_\_ und dem Psychiatrie-Zentrum D.\_\_\_\_ für den Zeitraum April 2009 bis Oktober 2010 grundsätzlich überein. Demgegenüber weichen die Arbeitsfähigkeitsschätzungen weit voneinander ab, denn das Psychiatrie-Zentrum hat der Beschwerdeführerin von April 2009 bis November 2010 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Dr. L.\_\_\_\_ hat in seinem Teilgutachten Stellung zur abweichenden Arbeitsfähigkeitsschätzung des Psychiatrie-Zentrums genommen und erklärt, dass die attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit schon aufgrund der gestellten Diagnosen nicht nachvollziehbar sei. Das Psychiatrie-Zentrum hat in seinen Berichten vom Oktober 2009 und Januar 2012 angegeben, dass – neben der depressiven Symptomatik – auch starke psychosoziale Belastungen bzw. sonstige belastende Lebensumstände, die Familie und Haushalt negativ beeinflussten, Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Es muss also davon ausgegangen werden, dass das Psychiatrie-Zentrum diese psychosozialen, IV-fremden Faktoren in seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung berücksichtigt hat und die Schätzung deshalb höher ausgefallen ist als jene von Dr. L.\_\_\_\_. Das Gutachten von Dr. L.\_\_\_\_ ist zudem widerspruchsfrei und schlüssig, weshalb grundsätzlich auf seine Arbeitsfähigkeitsschätzung abzustellen ist. Da die Beschwerdeführerin von den behandelnden Ärzten bereits Ende März 2009 krankgeschrieben worden ist, ist der Beginn der Arbeitsunfähigkeit jedoch auf März 2009 und nicht auf April 2009 festzulegen. Dementsprechend ist die Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit von März 2009 bis September 2010 zu 50 % und ab Oktober 2010 zu 30 % arbeitsunfähig gewesen.



3.1.3 Der MGSG-Sachverständige Dr. R.\_\_\_\_ hat für die Zeit ab Januar 2011 eine rezidivierende depressive Störung mit mittelgradiger bis schwerer depressiver Episode diagnostiziert und die Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit, d.h. einer Tätigkeit ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne erhöhten Zeitdruck, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung auf 60 % geschätzt. Dr. R.\_\_\_\_ hat die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit einer erheblichen Beeinträchtigung der emotionalen Belastbarkeit, der geistigen Flexibilität, des Antriebs, der Interessen, der Motivation, der Anpassungsfähigkeit und der Dauerbelastbarkeit begründet. Er hat zudem angegeben, dass es sich bei der rezidivierenden depressiven Störung um ein psychisches Leiden mit Krankheitswert handle. Zwar bestünden psychosoziale Belastungsfaktoren, diese würden jedoch nicht überwiegen. Demgegenüber hat die Psychiaterin Dr. N.\_\_\_\_, die die Beschwerdeführerin seit Oktober 2010 behandelt, im Dezember 2011 über eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen und eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung berichtet und der Beschwerdeführerin ab Oktober 2010 eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Weder der ABI-Sachverständige noch der MGSG-Sachverständige oder die Klinik O.\_\_\_\_, in welcher die Beschwerdeführerin vom 31. Januar bis 7. Februar 2012 hospitalisiert gewesen ist, haben psychotische Symptome feststellen können. Die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung hat die behandelnde Psychiaterin mit der eigenen Epilepsie und der Epilepsieerkrankung des Sohnes, der Doppelbelastung von Beruf und Haushalt und der Kündigung am Arbeitsplatz begründet. Dr. R.\_\_\_\_ hat hierzu erklärt, dass eine solche Diagnose nicht gestellt werden könne, da der Vorgeschichte keine Situationen mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder lebensbedrohlichen Situationen zu entnehmen sei. Diese Einschätzung überzeugt, da es sich bei den von der behandelnden Ärztin aufgezählten Ursachen nicht um eine Belastung katastrophalen Ausmasses handelt (siehe ICD-10: F62.0). Auch RAD-Arzt Dr. P.\_\_\_\_ hat unter Hinweis auf weitere Unstimmigkeiten darauf hingewiesen, dass diese Diagnose im vorliegenden Fall nicht gestellt werden könne. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung der behandelnden Psychiaterin überzeugt daher nicht, da sie diese gestützt auf (mit überwiegender Wahrscheinlichkeit) falsche Diagnosen abgegeben hat. Das Gutachten von Dr. R.\_\_\_\_ hingegen ist widerspruchsfrei und die Arbeitsfähigkeitsschätzung leuchtet insbesondere aufgrund der detaillierten



Umschreibung der arbeitsfähigkeitseinschränkenden Faktoren ein. Lediglich die (rückwirkende) Festlegung des Zeitpunkts des Eintritts der Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes und damit des Beginns der 60 %igen Arbeitsunfähigkeit ist nicht nachvollziehbar. Denn den medizinischen Akten ist nicht zu entnehmen, dass sich im Januar 2011 eine gesundheitliche Verschlechterung eingestellt hätte. Die Einschätzung von Dr. R.\_\_\_\_ basiert somit einzig auf der Angabe der Beschwerdeführerin, die während der Begutachtung durch ungenaue zeitliche Angaben imponiert hat. Die Angabe der Beschwerdeführerin, dass sich die Verschlechterung nach dem Erhalt eines IV-Bescheides im Januar 2011 eingestellt habe, ist denn auch nicht schlüssig, denn zu diesem Zeitpunkt ist kein solcher Entscheid ergangen. Die Beschwerdeführerin ist am 31. Januar 2012 in die Klinik O.\_\_\_\_ eingetreten. Aus dem Umstand, dass sich die – stationären Klinikaufenthalten abgeneigte – Beschwerdeführerin im Januar 2012 doch zu einer Hospitalisation entschlossen hat, kann geschlossen werden, dass sich ihr Gesundheitszustand noch einmal verschlechtert hat. Die Klinik O.\_\_\_\_ hat denn auch eine gegenwärtig schwergradige rezidivierende depressive Störung diagnostiziert. Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin Ende November/Anfang Dezember 2011 den ersten Vorbescheid mit Zusprache einer nur befristeten Viertelsrente erhalten hat. Möglicherweise hat es sich bei dem gegenüber Dr. R.\_\_\_\_ erwähnten IV-Bescheid also um diesen Vorbescheid gehandelt. Vor diesem Hintergrund ist überwiegend wahrscheinlich, dass die Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes im Januar 2012 eingetreten ist. Daher ist davon auszugehen, dass sich die psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit erst im Januar 2012 von 30 % auf 60 % erhöht hat.

3.1.4 Die Beschwerdegegnerin ist von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit aus psychischer Sicht ausgegangen. Sie hat diese Einschätzung damit begründet, dass das Beschwerdebild durch psychosoziale Faktoren bestimmt und unterhalten werde, die depressive Störung einer adäquaten ärztlichen Behandlung zugänglich sei und die Beschwerdeführerin die ihr zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten nicht ausreichend genutzt und umgesetzt habe. Hierzu ist anzumerken, dass der ABI-Sachverständige wie auch der MGSG-Sachverständige unmissverständlich darauf hingewiesen haben, dass die Beschwerdeführerin an einer psychischen Störung mit Krankheitswert leide. Wie die Beschwerdegegnerin trotzdem gestützt auf die "gutachterlichen Feststellungen" zum Schluss gekommen ist, dass die depressive Störung ihre



hinreichende Erklärung in psychosozialen Umständen und subjektiven Auffassungen finde, ist unerklärlich. Aufgrund der expliziten Auseinandersetzung der psychiatrischen Sachverständigen mit den psychosozialen Belastungsfaktoren muss gerade davon ausgegangen werden, dass sie diese in ihrer Arbeitsfähigkeitsschätzung ausgeklammert haben. Zudem hat, wie auch Dr. R.\_\_\_\_ erklärt hat, sehr wohl eine konsequente psychotherapeutische Therapie stattgefunden: Während der Behandlung im Psychiatrie-Zentrum O.\_\_\_\_ von April 2009 bis November 2010 hat die Beschwerdeführerin in zweiwöchentlichen Abständen an psychotherapeutischen Gesprächen teilgenommen, wobei sie keinen einzigen Termin abgesagt hat (siehe IV-act. 36-3). Seit Oktober 2010 ist sie in Behandlung bei der Psychiaterin Dr. N.\_\_\_\_. Zudem hat sie im Februar 2010 einen stationären Aufenthalt in der Klinik J.\_\_\_\_ absolviert. Der Medikamentenspiegel der verordneten Antidepressiva hat bei der ABI-Begutachtung unter den therapeutischen Bereichen gelegen. Dies ist u.a. darauf zurückzuführen, dass die Beschwerdeführerin Angst davor hat, dass die Antidepressiva die Schwelle für epileptische Anfälle senken könnten. Offenbar ist es bisher nicht gelungen, der Beschwerdeführerin diese Angst zu nehmen (siehe IV-act. 81-4). Es wird daher die Aufgabe der behandelnden Psychiaterin sein, die Beschwerdeführerin gründlichst über das sehr geringe Risiko einer Anfallsprovokation (siehe epi info, Behandlung psychischer Störungen bei Epilepsie, [www.swissepipi.ch/fileadmin/pdf/Zentrum/Behandlung\\_psychischer\\_Stoerungen\\_bei\\_Epilepsie.pdf](http://www.swissepipi.ch/fileadmin/pdf/Zentrum/Behandlung_psychischer_Stoerungen_bei_Epilepsie.pdf), besucht am 24. Juli 2015) aufzuklären und sie zu einer regelmässigen Einnahme der verordneten Medikamente zu ermutigen bzw. anzuhalten. Für die Vergangenheit kann die unregelmässige Medikamenteneinnahme der Beschwerdeführerin unter diesen Umständen nicht zum Nachteil gereichen. Schliesslich ist noch zu beachten, dass die von Dr. R.\_\_\_\_ angegebene fragliche Motivation und Compliance der Beschwerdeführerin bezüglich einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung offenbar (auch) auf das psychische Störungsbild selbst zurückzuführen ist. Denn Dr. R.\_\_\_\_ hat angegeben, dass die Motivation der Beschwerdeführerin aufgrund der depressiven Störung erheblich beeinträchtigt sei. Die von der Beschwerdegegnerin angeführten Argumente sind daher nicht stichhaltig.

3.1.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin aus psychischer Sicht in einer adaptierten Tätigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit



von März 2009 bis September 2010 zu 50 %, von Oktober 2010 bis Dezember 2011 zu 30 % und ab Januar 2012 zu 60 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen ist.

3.2 Somit bleibt noch die Arbeitsfähigkeit in somatischer Hinsicht zu überprüfen. Der ABI-Sachverständige Dr. M.\_\_\_\_ hat als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine niederfrequente Epilepsie mit seltenen Grand-Mal und möglichen kleinen Anfällen und Spannungskopfschmerzen angegeben. Die Epilepsie sei mit Carbamazepin voll befriedigend eingestellt. Aufgrund der genannten Diagnosen dürfe die Beschwerdeführerin keine Arbeiten an offenen Maschinen oder in Wechselschichten oder in lauter Umgebung, keine Arbeiten mit Absturzgefahr, keine Überkopfarbeiten und keine Tätigkeiten in Zwangshaltungen ausüben. Zudem benötige sie vermehrte Pausen im Umfang von 20 %. Während die genannten qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht überzeugen, ist die zusätzlich eingeräumte quantitative 20%ige Einschränkung aufgrund der organischen Befunde nicht ohne Weiteres nachvollziehbar. Eine Begründung für den erhöhten Pausenbedarf hat der Sachverständige nicht angeführt. Da die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychischer Sicht durchgehend zu mindestens 30 % eingeschränkt ist und gemäss den ABI-Sachverständigen für die psychischen und somatischen Leiden dieselben Zeitabschnitte zum Einlegen von Pausen genutzt werden können, kann die Frage, ob in somatischer Hinsicht eine 20 %ige Arbeitsunfähigkeit besteht, jedoch offen gelassen werden.

4.

4.1 Die Arbeitsunfähigkeit ist Ende März 2009 eingetreten. Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG hat somit frühestens am 1. März 2009 zu laufen begonnen. Die Beschwerdeführerin hat sich im September 2009 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet. Die sechsmonatigen Frist nach Art. 29 Abs. 1 IVG ist – wie auch das Wartejahr – am 28. Februar 2010 abgelaufen. Die Beschwerdeführerin hätte somit frühestens ab dem 1. März 2010 Anspruch auf eine Invalidenrente.

4.2 Anzumerken bleibt, dass Dr. R.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom September 2012 die Prognose aufgestellt hat, dass innerhalb eines Jahres mit einer leichten Besserung des psychischen Zustandsbildes und einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf ca. 50



% gerechnet werden könne. Sollte der Beschwerdeführerin eine unbefristete Invalidenrente zugesprochen werden, müsste die Beschwerdegegnerin diese daher zeitnah überprüfen.

5.

5.1 Schliesslich ist noch der Einkommensvergleich vorzunehmen. Die Beschwerdeführerin hat zuletzt als Hilfsarbeiterin Montagearbeiten ausgeführt. Seit April 2008 hat sie einen Stundenlohn von Fr. 22.95 erhalten. Aus den monatlichen Lohnabrechnungen ist jedoch ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin einen 13. Monatslohn erhalten hat (siehe z.B. IV-act. 15-23/32) und ihr – offenbar in unregelmässigen Abständen – ein unterschiedlich hoher "Zetflex Bonus" vergütet worden ist (siehe z.B. IV-act. 15-18/30/33). Da die Beschwerdeführerin zeitweise sogar Überzeit geleistet hat (siehe z.B. IV-act. 15-27/33), ist auch unklar, welchem Pensum der im IK-Auszug angegebene Lohn entspricht. Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin zuletzt in einem 80 %-Pensum gearbeitet hat, die Validenkarriere jedoch einer Vollerwerbstätigkeit entspricht. Unter Umständen hätte sie im gleichen Betrieb bei einem 100 %-Pensum mehr Lohn erhalten als in einem Teilzeitpensum. Und schliesslich ist das Arbeitsverhältnis aus wirtschaftlichen Gründen aufgelöst worden, weshalb sich die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall eine neue Arbeitsstelle hätte suchen müssen. Unter diesen Umständen kann das Valideneinkommen nicht anhand des zuletzt erzielten Einkommens bestimmt werden. Die Beschwerdeführerin hat in B.\_\_\_\_ von 1981-1984 eine Ausbildung zur Kauffrau absolviert. Zumindest in der Schweiz hat sie jedoch nie auf diesem Beruf gearbeitet. Da sich die Tätigkeit der Kauffrau aufgrund der technischen Entwicklung seit ihrer Ausbildung zudem völlig verändert hat, sind ihre damals erworbenen Kenntnisse in der heutigen Berufswelt nicht mehr verwertbar. Die Beschwerdeführerin hätte sich somit im Gesundheitsfall nach der Kündigung wieder eine Hilfsarbeiterinnentätigkeit suchen müssen. Für die Bemessung des Valideneinkommens ist deshalb auf den durchschnittlichen Jahreslohn einer Hilfsarbeiterin im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (März 2010) abzustellen. Auch die Invalidenkarriere besteht in einer Hilfsarbeiterinnentätigkeit. Da die Grundlagen für die Berechnung des Validen- und Invalideneinkommens somit gleich hoch sind, kann ein Prozentvergleich vorgenommen werden. Zu prüfen bleibt noch, ob die Beschwerdeführerin aufgrund des Gesundheitsschadens verhältnismässig weniger verdienen würde, als wenn sie gesund



geblieben wäre, d.h. ob ein Tabellenlohnabzug angezeigt ist. Die Beschwerdeführerin leidet an einer mittelgradigen bis schweren depressiven Störung und ist damit in ihrer psychischen Gesundheit erheblich beeinträchtigt. Das Krankheits- und Ausfallrisiko ist aufgrund der Depression erheblich erhöht. Zudem wird ein zukünftiger Arbeitgeber auf die Leistungsschwankungen und die erheblichen Beeinträchtigungen der Belastbarkeit, der Anpassungsfähigkeit und der geistige Flexibilität Rücksicht nehmen müssen. Ein Tabellenlohnabzug von 15 % erscheint deshalb angemessen. Diese rein betriebswirtschaftlichen bzw. ökonomischen Faktoren haben in den Arbeitsfähigkeitsschätzungen der psychiatrischen Sachverständigen selbstverständlich nicht berücksichtigt werden können, da sie mit der aus medizinischer Sicht zumutbaren Arbeitsleistung nichts zu tun haben.

5.2 Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVG ist eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit für die Herabsetzung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit ist zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat (Abs. 2). Der Invaliditätsbemessung ist für die Zeit vom 1. März 2010 bis 31. Dezember 2010 somit in analoger Anwendung dieser Bestimmung eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %, für die Zeit vom 1. Januar 2011 bis 31. März 2012 eine solche von 30 % und ab dem 1. April 2012 eine solche von 60 % zugrunde zu legen. Gestützt auf einen Prozentvergleich beträgt der IV-Grad für die Periode 1. März 2010 bis 31. Dezember 2010 folglich 57.5 %  $[50 \% + (50 \% \times 0.15)]$ , für die Periode 1. Januar 2011 bis 31. März 2012 40.5 %  $[30 \% + (70 \% \times 0.15)]$  und ab 1. April 2012 66 %  $[60 \% + (40 \% \times 0.15)]$ .

5.3 Demnach ist die Beschwerde gutzuheissen und der Beschwerdeführerin für den Zeitraum 1. März 2010 bis 31. Dezember 2010 eine halbe Rente, für den Zeitraum 1. Januar 2011 bis 31. März 2012 eine Viertelsrente und für die Zeit ab 1. April 2012 eine Dreiviertelsrente zuzusprechen. Zur Festsetzung der Rentenhöhe wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

6.



## St.Galler Gerichte

6.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

6.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter hat keine Honorarnote eingereicht. In einem Fall mit mittlerem Aufwand und Schwierigkeitsgrad wird praxismässig eine Pauschalentschädigung von Fr. 3'500.-- ausgerichtet. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin entsprechend mit Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

## Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 18. April 2013 aufgehoben und der Beschwerdeführerin wird für die Zeit vom 1. März 2010 bis 31. Dezember 2010 eine halbe Rente, für die Zeit vom 1. Januar 2011 bis 31. März 2012 eine Viertelsrente und ab dem 1. April 2012 eine Dreiviertelsrente zugesprochen; zur Festsetzung der Rentenhöhe wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; der



geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.