



**Fall-Nr.:** IV 2013/420  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 02.06.2020  
**Entscheiddatum:** 27.10.2015

### **Entscheid Versicherungsgericht, 27.10.2015**

**Art. 8 Abs. 1 ATSG, Art. 16 ATSG, Art. 28 Abs. 2 IVG Zusprechung einer ganzen Rente basierend auf dem polydisziplinären Gutachten der Medas Ostschweiz; 70 % AUF (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. Oktober 2015, IV 2013/420).**

Entscheid Versicherungsgericht, 27.10.2015

#### **Entscheid vom 27. Oktober 2015**

Besetzung

Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichter Joachim Huber,  
Versicherungsrichterin Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Andrea Wepfer

Geschäftsnr.

IV 2013/420

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Simon Krauter, S-E-K Advokaten,  
Zürcherstrasse 310, 8500 Frauenfeld,

gegen



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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_, Jahrgang 1965, wurde durch ihren Arbeitgeber B.\_\_\_\_, am 29. September 2011 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen für die Früherfassung angemeldet (Eingang Anmeldung 3. Oktober 2011). Die Versicherte sei seit dem 10. Mai 2011 arbeitsunfähig und erhalte Taggeldleistungen der Krankentaggeldversicherung. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % (IV-act. 1). Auf Empfehlung der IV-Stelle (IV-act. 3) meldete sich die Versicherte am 10. Oktober 2011 ordentlich bei der IV zum Leistungsbezug an. Sie führte im Anmeldeformular an, an einer Depression, Schlafstörungen und Konzentrationsstörungen zu leiden. Aus körperlicher Sicht sei sie durch Schmerzen an den Muskeln und Gelenken sowie Kopfschmerzen und Magenkrämpfen eingeschränkt (IV-act. 5). Mit der Anmeldung reichte sie einen Bericht des C.\_\_\_\_, vom 21. Dezember 2004 über eine Röntgenaufnahme von Lendenwirbelsäule und Kreuzbein, einen Kurzaustrittsbericht des Kantonsspitals D.\_\_\_\_, betreffend eine Cholezystektomie am 17. April 2010 sowie einen provisorischen Austrittsbericht der Klinik E.\_\_\_\_ über einen Klinikaufenthalt vom 4. bis 24. August 2011 ein (IV-act. 6, 7 und 8).

A.b Am 20. Oktober 2011 fand zwischen RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_ und Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, der behandelnden Psychiaterin der Versicherten, ein Gespräch statt. Dr. G.\_\_\_\_ schätzte die Arbeitsunfähigkeit bis auf weiteres auf 100 % ein (IV-act. 17). Im Anschluss an das Gespräch liess sie der IV-Stelle per Fax etliche ärztliche Berichte zukommen. Darunter befanden sich unter anderem ein Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie FMH, vom 4. November 2010 (Diagnosen insbesondere rezidivierendes



## St.Galler Gerichte

Zerviko- und Lumbovertebralsyndrom und leichtgradiges Karpaltunnelsyndrom; IV-act. 18-20), der Austrittsbericht der Klinik E.\_\_\_\_ über den Klinikaufenthalt vom 4. bis 24. August 2011 (Diagnosen insbesondere rezidivierende mittel- bis schwergradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, anhaltende somatoforme Schmerzstörung, Anpassungsstörung mit depressiv-ängstlicher Reaktion; IV-act. 18-9) sowie ein Bericht des Gastroenterologen Dr. med. I.\_\_\_\_, vom 19. September 2011 (Diagnosen insbesondere unspezifische Abdominalbeschwerden und Status nach Oberbauchkrämpfen; IV-act. 18-5).

A.c Im Arztbericht vom 21. Dezember 2011 nannte Dr. G.\_\_\_\_ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, betont ängstlich, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F 33.11), auf dem Hintergrund eines generellen Schmerzsyndroms sowie ängstlich-abhängiger Persönlichkeitsstruktur (ICD-10: Z 73.1) und Panikstörung (ICD-10: F 41.0). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4). Die Versicherte sei ab dem 10. Mai 2011 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Zwischendurch sei sie vom 1. bis 30. Juni 2011 und vom 6. bis 14. Juli 2011 50 % arbeitsunfähig gewesen, danach wieder zu 100 % (vgl. auch IV-act. 18-4). Im Januar 2012 sei eine stationäre psychiatrische Behandlung geplant (IV-act. 25). Neu reichte die Psychiaterin unter anderem einen Bericht des Departements Innere Medizin, Rheumatologie/Rehabilitation des Kantonsspitals D.\_\_\_\_ vom 6. Oktober 2011 sowie einen Bericht des Departements Innere Medizin, Endokrinologie/Diabetologie/Osteologie des Kantonsspitals D.\_\_\_\_ vom 7. November 2011 ein (IV-act. 26). In der Rheumatologie/Rehabilitation war die Möglichkeit des Vorliegens einer Polymyalgia rheumatica abgeklärt worden, der Verdacht hatte sich aber nicht erhärtet (IV-act. 26-10 ff.). Die Abteilung Endokrinologie/Diabetologie/Osteologie wies auf ein Nebenniereninzidentalom hin. In der Beurteilung wurde festgehalten, dass sich klinisch, anamnestisch und laborchemisch ein unauffälliger Befund gezeigt habe und sich keine endokrinologische Stoffwechselstörung habe finden lassen (IV-act. 26-6 ff.).

A.d Mit Mitteilung vom 18. Januar 2012 wurde der Versicherten eröffnet, dass aufgrund ihres Gesundheitszustandes derzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (IV-act. 31).



## St.Galler Gerichte

A.e Am 23. Januar 2012 reichte der Arbeitgeber der Versicherten, B.\_\_\_\_, den Fragebogen für Arbeitgebende ein. Dem Fragebogen wurden das Kündigungsschreiben vom 6. Januar 2012, mit welchem das Arbeitsverhältnis mit der Versicherten per 30. April 2012 aufgelöst worden war, und Lohnjournale der Jahre 2009 bis 2011 beigelegt (IV-act. 33).

A.f Im Auftrag der Krankentaggeldversicherung begutachtete das Zentrum J.\_\_\_\_, die Versicherte. Die J.\_\_\_\_ übertrug die neuropsychiatrische Beurteilung Dr. med. K.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie/Psychotherapie, und Dr. med. L.\_\_\_\_, FMH Neurologie/Verhaltensneurologie. Diese diagnostizierten in ihrem Bericht vom 17. Februar 2012 eine mittelschwere depressive Störung mit Krankheitswert und konsekutiv-störungsbedingt eingeschränktem berufsbezogenem Funktionspotenzial sowie eine komplexe, multifaktoriell bedingte Kopfschmerzsymptomatik. Für die Tätigkeit als Raumpflegerin bestehe eine Einschränkung des berufsbezogenen Funktionspotenzials von 50-60 % (act. G 4.2, Fremdakten Taggeldversicherung). Seitens der J.\_\_\_\_ wurden am 10. April 2012 mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit insbesondere ein chronisches generalisiertes, lumbal sowie im Bereich beider unterer Extremitäten betontes Schmerzsyndrom, eine komplexe, multifaktoriell bedingte Kopfschmerzsymptomatik vom Spannungstyp und anhaltende mittelschwere depressive Episoden mit somatischem Syndrom genannt. Aus rein rheumatologischer Sicht sei die angestammte Tätigkeit als Reinigungsangestellte ganztags zumutbar bei einer Leistungsminderung von 25%. Aus interdisziplinärer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 60% (act. G 4.2, Fremdakten Taggeldversicherung).

A.g Am 18. Mai 2012 liess die M.\_\_\_\_ der IV-Stelle den Austrittsbericht der Hospitalisation vom 29. Februar bis 8. Mai 2012 zukommen. Als Diagnose wurde eine rezidierte depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Ausprägung mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11) bei/mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) festgehalten. Die Versicherte sei zur Reevaluierung der Medikation und Behandlung des depressiven Syndroms eingetreten und habe in stabilerem Zustand in die angestammten Verhältnisse entlassen werden können (IV-act. 40). Im IV-Arztbericht vom 30. Mai 2012 wurde seitens der M.\_\_\_\_ insbesondere festgehalten, die bisherige Tätigkeit sei der Versicherten nicht mehr zumutbar. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei nicht möglich (IV-act. 45-5).



## St.Galler Gerichte

A.h Im Juli 2012 erfolgten nochmalige Abklärungen betreffend berufliche Eingliederungsmöglichkeiten. Eine Eingliederungsverantwortliche der IV-Stelle führte mit der Versicherten am 25. Juli 2012 ein Gespräch und hielt fest, dass die Versicherte sehr auf die Schmerzen fixiert sei, sich auch in einer beruflichen Abklärung im geschützten Rahmen nicht arbeitsfähig sehe und berufliche Massnahmen deswegen nicht angezeigt und abzuschliessen seien (IV-act. 55). Am 16. August 2012 wurde der Versicherten mitgeteilt, dass ihr Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen abgewiesen werde, da sie sich nicht in der Lage fühle, an Eingliederungsbemühungen mitzuwirken (IV-act. 59).

A.i Dr. G.\_\_\_\_ erstattete am 7. September 2012 erneut Bericht über die gesundheitliche Situation der Versicherten. Es liege eine zunehmende Verschlechterung der Gesamtsituation vor (diverse Ängste, Anspannungszustände, eine innere Unruhe, intensive Insuffizienzgefühle, eine chronisch depressive Stimmungslage und Schlafstörungen mit Alpträumen). Die bisherige Tätigkeit sei der Versicherten nicht zumutbar und aktuell seien ihr auch keine anderen Tätigkeiten möglich (IV-act. 62).

A.j Im Auftrag der IV-Stelle begutachtete die Medas Ostschweiz die Versicherte im Februar und April 2013 polydisziplinär. Das Gutachten datiert vom 8. Mai 2013. Med. pract. N.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte die psychiatrischen Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode mit somatischem Syndrom, ohne psychotische Symptome (ICD-10: F 33.11/2), Panikstörungen (ICD-10: F 41.0) und anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4). Er ging davon aus, dass die Versicherte seit dem 10. Mai 2011 in der bisherigen wie in einer adaptierten Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht zu mindestens 70 % in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei (IV-act. 74-33). Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt und Oberarzt mbF, Klinik für Neurologie am Kantonsspital D.\_\_\_\_ sowie Dr. med. P.\_\_\_\_, Assistenzärztin Klinik für Neurologie am Kantonsspital D.\_\_\_\_, diagnostizierten ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lediglich ein chronifiziertes muskuloskelettales Schmerzsyndrom (ICD-10: R 52.5). Die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Raumpflegerin schätzte er auf 100 % (IV-act. 74-39). Der Hauptgutachter Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, führte als Diagnose ohne wesentliche Einschränkung der



## St.Galler Gerichte

Arbeitsfähigkeit ein Fibromyalgiesyndrom mit Tendenz zur Entwicklung eines generalisierten chronischen Schmerzsyndroms mit vielen vegetativen Begleitbeschwerden an (IV-act. 74-41 f.).

A.k Der Rechtsdienst der IV-Stelle hielt in seiner Stellungnahme vom 3. Juni 2013 fest, es liege keine vom Schmerzempfinden und der psychosozialen Belastungssituation abschichtbare eigenständige Depression vor. Ausserdem sei der geltend gemachte soziale Rückzug zu wenig ausgeprägt und die Versicherte noch nicht austherapiert. Insgesamt seien keine Faktoren vorhanden, die es der Versicherten bei der vorausgesetzten zumutbaren vollen Willensanstrengung verunmöglichten, eine Erwerbstätigkeit in einem vollen Arbeitspensum auszuüben. Damit sei die Versicherte aus psychiatrischer Sicht voll arbeitsfähig (IV-act. 76).

A.l Mit Vorbescheid vom 4. Juni 2013 wurde der Versicherten in Aussicht gestellt, dass das Rentenbegehren abgewiesen werde (IV-act. 79). Sie liess, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. S. Krauter, am 31. Juli 2013 Einwand erheben und die Ausrichtung einer ganzen IV-Rente mit Wirkung ab dem 1. Mai 2012, eventualiter die Tätigkeit weiterer Abklärungen, beantragen (IV-act. 86).

A.m Die IV-Stelle verfügte am 2. August 2013 die Abweisung eines Rentenanspruchs. Die ergänzenden Abklärungen hätten ergeben, dass bei der Versicherten in rechtlicher Hinsicht kein Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorhanden sei. Es bestehe lediglich eine Invaliditätsgrad von 3 % und damit keine genügende Einschränkung für die Gewährung einer Rente (IV-act. 87).

B.

B.a Mit Beschwerde vom 2. September 2013 beantragte der Rechtsvertreter der Versicherten für diese die Aufhebung der Verfügung vom 2. August 2013 und die Ausrichtung einer ganzen IV-Rente ab dem 1. Mai 2012. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen. Zur Begründung brachte er vor, das Gutachten der Medas Ostschweiz sei grundsätzlich voll beweistauglich. Ausnahmsweise seien die sogenannten "Foerster-Kriterien" von den Gutachtern als erfüllt angenommen worden und es sei von einer Arbeitsunfähigkeit



von 70 % auch in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen worden. Die Beschwerdeführerin leide nicht nur unter psychischen Beschwerden, sondern auch unter chronischen somatischen Begleiterkrankungen. Sie lebe sozial äusserst zurückgezogen und ziehe sich auch innerhalb der Familie stark zurück. Teilweise verlasse sie ihr Zimmer bis zu drei Tage in Folge nicht. Bei der Beschwerdeführerin lägen letztlich keine befriedigenden Behandlungsergebnisse vor, obwohl sie seit 2008 psychiatrisch behandelt werde (act. G 1). Als Beilage reichte er eine E-Mail der behandelnden Psychiaterin Dr. G.\_\_\_\_ ein, in welcher diese ausführte, die Versicherte sei in keinem Punkt eine klassische Schmerzpatientin. Sie sei am therapeutischen Prozess sehr interessiert, motiviert und aktiv. Den Halt finde sie in der Familie und im Glauben. Sie kämpfe aktiv gegen diverse psychophysische Beschwerden (act. G 1.3).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 29. Oktober 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Dr. G.\_\_\_\_ diagnostiziere die mittelgradig depressive Störung (auch) auf dem Hintergrund eines generalisierten Schmerzsyndroms. Demnach handle es sich bei der diagnostizierten depressiven Störung um eine reaktive Begleiterscheinung zur somatoformen Schmerzstörung. Damit liege kein von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbarer verselbständigter und pathologischer Gesundheitsschaden vor. Bei der Beschwerdeführerin sei zudem eine psychosoziale Problematik vorhanden, da ihr kranker Ehemann ihr im Haushalt und der Kinderbetreuung keine grosse Hilfe gewesen sei. "Foerster-Kriterien" im notwendigen Schweregrad seien entgegen dem Medas-Gutachten ebenfalls nicht gegeben. Der geltend gemachte soziale Rückzug sei zu wenig ausgeprägt. Die Beschwerdeführerin sei bezüglich ihres Leidens auch noch nicht austherapiert (act. G 4).

B.c Mit Replik vom 3. Dezember 2013 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. Ergänzend zur Beschwerde wurden ein ärztlicher Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 24. November 2013 sowie der Austrittsbericht der M.\_\_\_\_ vom 13. November 2013 eingereicht. Gemäss Austrittsbericht seien primär eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradiger Ausprägung mit somatischem Syndrom, und nur sekundär eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine Panikstörung sowie eine ängstlich-dependente Persönlichkeitsstruktur diagnostiziert worden. Die depressive



## St.Galler Gerichte

Störung stehe damit im Vordergrund und die "Foerster-Kriterien" seien erfüllt (act. G 6, G 6.4, G 6.5).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine weitere Stellungnahme.

B.e Mit Schreiben vom 24. Juli 2015 wurde der Beschwerdegegnerin im Nachgang zur Praxisänderung des Bundesgerichts betreffend die Überwindbarkeitspraxis nochmals das rechtliche Gehör gewährt (act. G 11). Diese nahm die Möglichkeit am 28. Juli 2015 wahr, hielt jedoch an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (act. G 12).

## Erwägungen

1.

1.1 Mit der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin abgelehnt. Streitig und vorliegend zu prüfen ist, ob dies rechtmässig ist.

1.2 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

1.3 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit



liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.4 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 zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

2.

2.1 In medizinischer Hinsicht hat die Beschwerdegegnerin bei der Medas Ostschweiz ein polydisziplinäres Gutachten eingeholt, das aus psychischen Gründen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um mindestens 70% ab 10. Mai 2011 attestiert. Dieses Gutachten hat der RAD als überzeugend beurteilt (IV-act. 75). Der Rechtsdienst der Beschwerdegegnerin ist dennoch zum Schluss gekommen, „aus psychiatrischer Sicht“ sei die Beschwerdeführerin voll

arbeitsfähig (IV-act. 76).



2.2 Das Bundesgericht hat in BGE 141 V 281 seine sog. Überwindbarkeitspraxis aufgegeben. Damit hat die von den Parteien im vorliegenden Verfahren geführte Diskussion insbesondere darüber, ob die sog. Foerster-Kriterien erfüllt seien, weitgehend an Bedeutung verloren. Wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen, handelt es sich bei den gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin jedoch ohnehin nicht um ein mit einer somatoformen Schmerzstörung vergleichbares psychosomatisches Leiden im Sinn der Rechtsprechung. Vielmehr besteht mit der depressiven Störung ein eigenständiges Krankheitsbild, das mit Blick auf seine Entstehung, den Schweregrad und die Ausprägung nicht als rein reaktives Geschehen zur somatoformen Schmerzstörung zu betrachten ist.

3.

3.1 Im Rahmen des Medas-Gutachtens ist in Bezug auf die im Gesamtgutachten attestierte Arbeitsunfähigkeit die aus psychiatrischer Sicht festgestellte Einschränkung ausschlaggebend. Med. pract. N. \_\_\_ stellte die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode mit somatischem Syndrom, ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.11/2), Panikstörungen (ICD-10: F41.0) sowie anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen wie in einer adaptierten Tätigkeit schätzte er auf mindestens 70 % ein. Bereits die Dres. K. \_\_\_ und L. \_\_\_ hielten in ihrer Evaluation des neuropsychiatrischen Funktionspotenzials fest, aus neuropsychiatrischer Sicht sei die Belastbarkeit der Beschwerdeführerin plausibel und nachvollziehbar eingeschränkt. Für die Tätigkeit als Raumpflegerin, bei der sie überwiegend körperliche Arbeiten unter Zeitdruck verrichten müsse, bestehe eine Einschränkung des berufsbezogenen Funktionspotentials von 50-60% (50-60%-ige Arbeitsunfähigkeit). Sie begründeten ihre Einschätzung primär mit der erhobenen mittelschweren depressiven Störung mit Krankheitswert. Die behandelnde Psychiaterin Dr. G. \_\_\_ stellte durchgehend die gleiche Diagnose wie der psychiatrische Medas-Gutachter. Sie bezifferte die Arbeitsunfähigkeit – abgesehen von zwei kurzen Zeitintervallen zwischen dem 1. Juni und dem 14. Juli 2011 – mit 100 % (IV-act. 17, 25, 62). Die Klinik E. \_\_\_ und die M. \_\_\_ kamen gleichermassen zu übereinstimmenden Schlüssen. Sie äusserten sich zwar im Wesentlichen nur für die Dauer der Klinikaufenthalte zur Arbeitsfähigkeit, stimmten aber in ihren Diagnosen und der Befunderhebung im Wesentlichen mit dem psychiatrischen



Teilgutachten überein (IV-act. 26-14 ff., 40, act. G 6.5). RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ kam in seiner Stellungnahme vom 27. Mai 2013 zum Schluss, dass das polydisziplinäre Gutachten vom 8. Mai 2013 überzeuge (IV-act. 75).

3.2 Damit stellten die involvierten behandelnden oder begutachtenden medizinischen Fachpersonen bei der Beschwerdeführerin dieselben oder zumindest ähnliche psychische Einschränkungen fest. Sie stimmten alle überein, dass bei ihr in der Hauptsache eine rezidivierende depressive Störung vorliege, und qualifizierten diese als mindestens mittelgradig ausgeprägt. Es handelt sich ausschliesslich um Ärzte mit spezifischen Fachkenntnissen, die ihre Diagnosen und die daraus abgeleiteten Einschätzungen auch begründeten. Der psychiatrische Medas-Teilgutachter beschrieb die Grundstimmung der Beschwerdeführerin als deutlich nach unten geschoben, die Schwingungsfähigkeit eingeschränkt. Auch Lebensfreude und Lebenslust seien stark eingeschränkt. Im Antrieb wirke sie eingeschränkt, psychomotorisch ohne jegliche Spannung und zum Teil wirke sie mechanisch gesteuert (IV-act. 74-29 f.). Auch die Dres. K.\_\_\_\_ und L.\_\_\_\_ schilderten sie als stimmungsmässig depressiv limitiert, freudlos und leidend. Sie sei in der affektiven Schwingungs- und Resonanzfähigkeit eingeeengt, der Spontantrieb vermindert und es liege eine psychomotorische Verlangsamung vor (act. G 4.2, Fremdakten). Von Seiten der Klinik E.\_\_\_\_ wurde sie als affektarm, deprimiert, hoffnungslos, ängstlich, leicht gereizt, mittelschwer innerlich unruhig und leicht klagsam-jammrig beschrieben (IV-act. 18-11). Auch die M.\_\_\_\_ nahm sie als affektarm/starr, deprimiert, hoffnungslos und ängstlich wahr. Ausserdem liege eine innere Unruhe vor und sei sie antriebsarm (IV-act. 40-1). Insgesamt sind die diagnoserelevanten Befunde nachvollziehbar beschrieben und zeigen eine deutliche Ausprägung. Relevante Anzeichen für Aggravation bestehen nicht. So klaffen etwa Anamnese, Beschwerdeschilderungen und gezeigtes Verhalten nicht auseinander. Keiner der Sachverständigen beschrieb das Verhalten als demonstrativ oder die Klagen der Beschwerdeführerin als unglaubwürdig.

3.3 Die Beschwerdeführerin befindet sich seit 2008 in psychiatrischer Therapie bei Dr. G.\_\_\_\_ (IV-act. 25). Sie begab sich dreimal zur stationären Behandlung in psychiatrische Kliniken. Die erste fand vom 4. bis 24. August 2011 in der Klinik E.\_\_\_\_ (IV-act. 18-9, 26-14), die zweite vom 29. Februar bis 8. Mai 2012 in der M.\_\_\_\_ (IV-act. 40) und die dritte vom 4. September bis 2. Oktober 2013 abermals in der M.\_\_\_\_ statt



(act. G 6.5). Im Rahmen der Medas-Begutachtung wurde die Medikamenteneinnahme mittels Serumbestimmung überprüft (vgl. IV-act. 74-30 sowie 74-46 f.); offenbar ergaben sich daraus keine Auffälligkeiten bzw. keine Hinweise auf eine nicht regelrechte Medikamentencompliance. Bemühungen der Beschwerdeführerin, ihren Zustand durch medikamentöse, Gesprächs- und weitere Therapien (vgl. etwa die Hinweise auf kognitiv-verhaltenstherapeutische Einzeltherapie, Ergotherapie, Maltherapie, progressive Muskelrelaxation nach Jacobson etc. im Bericht der M.\_\_\_\_ vom 24. Mai 2012, IV-act. 45-2) während Jahren positiv zu beeinflussen, sind aktenkundig. Auch die Behandlungsdichte lässt auf einen subjektiven Leidensdruck der Beschwerdeführerin schliessen. Ein nachhaltiger Behandlungserfolg blieb trotzdem aus, sodass von einer gewissen Behandlungsresistenz auszugehen ist.

3.4 Im Austrittsbericht der Klinik E.\_\_\_\_ vom 16. September 2011 wurden ein sozialer Rückzug, Zukunftsängste und eine Grübelneigung erwähnt (IV-act. 18-9). Gegenüber der Eingliederungsverantwortlichen der Beschwerdegegnerin hielt die Beschwerdeführerin fest, dass sie sich isoliere und zu Hause bleibe (IV-act. 55). Der psychiatrische Medas-Teilgutachter hielt fest, die Beschwerdeführerin berichte, ihr sei jeder Kontakt eine Belastung, sie sei lieber alleine und studiere nach (IV-act. 74-27). Auch im Bericht der Dres. K.\_\_\_\_ und L.\_\_\_\_ ist zu lesen, dass die Beschwerdeführerin dauernd traurig sei, sich sozial völlig zurückgezogen habe und sie sogar Geräusche oder auch Gespräche ihrer Familie störten (act. G 4.2, Fremdakten). Die Schilderungen ihrer Beschwerden erwecken damit einen homogenen, konsistenten Eindruck.

3.5 Nennenswerte persönliche Ressourcen zum Umgang mit ihren Beschwerden und Einschränkungen sind bei der Beschwerdeführerin nach Lage der Akten nicht vorhanden. Sie hat zwar in ihrem Mutterland R.\_\_\_\_ eine vierjährige Ausbildung zur kommerziellen Technikerin absolviert (IV-act. 15-4), diese schliesslich aber nicht verwertet, sondern zuhause in der elterlichen Landwirtschaft mitgeholfen bis zur Heirat (IV-act. 74-22). 1992 sei sie in die Schweiz gekommen und habe ab 1994 im Reinigungsdienst des B.\_\_\_\_ gearbeitet, zuerst Teilzeit und anschliessend mehrere Jahre in einem Vollzeitpensum. Hinweise darauf, dass intellektuelle Ressourcen in einem Ausmass vorhanden sind, das zu einer positiven Beeinflussung der Problematik beitragen könnte, bestehen nicht. Sie wird vielmehr als schnell überfordert beschrieben (IV-act. 25-2).



3.6 Das Niveau der Aktivitäten der Beschwerdeführerin und ihre sozialen Kontakte werden durchgehend als sehr reduziert beschrieben. Im Medas-Gutachten wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin gemäss ihren eigenen Angaben zurzeit mit niemandem Kontakt habe. Sie halte andere Personen nicht aus, sei am liebsten alleine und ziehe sich so viel wie möglich zurück. Sie habe keinen Besuch und mache nicht ab. Sie gehe nur am Abend ins Freie, wenn sie niemanden treffe und für sich sein könne. Früher sei sie ein Familienmensch gewesen, habe alles genossen und an vielem Freude gehabt. Heute sei ihr jeder Kontakt eine Belastung (IV-act. 74-27). Aufgrund der Todesfälle in der Familie sei sie in den drei oder vier Jahren vor der Begutachtung auch nicht mehr in ihrer Heimat gewesen. Es falle ihr schwer, an die Schwester beziehungsweise die Mutter erinnert zu werden, so dass sie sich lieber hier zurückziehe und für sich sei. Bereits die Dres. K.\_\_\_\_ und L.\_\_\_\_ schilderten, die Beschwerdeführerin gebe an, sie habe sich sozial völlig zurückgezogen und wolle nur allein sein. Es störten sie sogar Geräusche oder Gespräche ihrer Familie (act. G 4.2 Fremddakten). Im Austrittsbericht der Klinik E.\_\_\_\_ vom 16. September 2011 findet sich die Angabe, die Beschwerdeführerin habe sich sozial stark zurückgezogen und habe bei der Arbeit die Pausen mit den Kolleginnen vernachlässigt. Sie wolle von niemandem besucht werden und sich auch mit keinen Bekannten treffen (IV-act. 18-10). Auch im Austrittsbericht über die zweite Hospitalisation in der M.\_\_\_\_ werden ein sozialer Rückzug und keine soziale Umtriebigkeit festgestellt (act. G 6.5). Auch ihr Tagesverlauf gestaltet sich eintönig und zurückgezogen. Sie nehme nach dem Aufstehen ihre Medikamente ein, ziehe sich danach bei sehr starken Nacken- und Kopfschmerzen wieder ins Schlafzimmer zurück, koche manchmal etwas für das Mittagessen, kümmerge sich am Nachmittag ein wenig um den Haushalt, gegen Abend gehe sie spazieren und um ca. 22 Uhr gehe sie wieder ins Bett (IV-act. 74-23, 74-27, act. G 4.2 Fremddakten Beurteilung Dres. K.\_\_\_\_ und L.\_\_\_\_). Die Beschwerdeführerin erscheint also in Bezug auf praktisch alle Lebensbereiche weitgehend inaktiv geworden zu sein. Über ihr Aktivitätenniveau vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigungen enthalten die Akten zwar wenig Hinweise. Sie selbst gab an, früher ein Familienmensch gewesen zu sein. Offenbar bestand eine sehr gute Beziehung zur unterdessen verstorbenen Schwester (IV-act. 3-4). Die Akten enthalten auch einen Hinweis auf einen Rückzug von Arbeitskolleginnen kurz vor Beendigung des Arbeitsverhältnisses (IV-act. 18-10). Insgesamt ist in allen vergleichbaren Lebensbereichen von einer im Verhältnis zur Zeit



vor Eintritt der gesundheitlichen Probleme deutlichen Verminderung des Aktivitätenniveaus auszugehen.

3.7 Dass der psychiatrische Medas-Gutachter zum Schluss kam, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei um mindestens 70% eingeschränkt, ist bei der bestehenden Aktenlage plausibel und nachvollziehbar. Die übrigen Medas-Gutachter haben denn auch nichts vorgebracht, was die Einschätzung ihres psychiatrischen Kollegen in Frage stellen würde. Derartige Anhaltspunkte ergeben sich auch sonst nicht aus den medizinischen Akten.

4.

4.1 Der Rechtsdienst der Beschwerdegegnerin stellt sich auf den Standpunkt, die Beschwerdeführerin sei „aus psychiatrischer Sicht“ voll arbeitsfähig. Die diagnostizierte depressive Störung sei eine reaktive Begleiterscheinung zur somatoformen Schmerzstörung. Es liege kein von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbarer verselbständigter und pathologischer Gesundheitsschaden vor (act. G 4). Diese Auffassung vermag nicht zu überzeugen. Den zum psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin vorhandenen Akten ist ohne jeden Zweifel zu entnehmen, dass nicht lediglich von „depressiven Verstimmungszuständen“ auszugehen ist, sondern eine manifeste depressive Erkrankung vorliegt. Unstrittig bestehen auch syndromale Schmerzzustände. Diese wurden im Medas-Gutachten erhoben, diagnostisch eingeordnet und bewertet. Ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde ihnen jedoch explizit nicht zugebilligt. Eindeutig im Vordergrund stehen die psychischen Einschränkungen. Nur diese reduzieren die Arbeitsfähigkeit in quantitativer und qualitativer Hinsicht.

4.2 Weiter betont die Beschwerdegegnerin, bei der Beschwerdeführerin sei eine psychosoziale Problematik vorhanden. Ihr kranker Ehemann sei ihr im Haushalt und der Kinderbetreuung keine grosse Hilfe gewesen. Eine zusätzliche Belastung sei der Tod ihrer Mutter 2008 und derjenige ihrer Schwester 2011 gewesen. Es liege keine von den psychosozialen Faktoren abschichtbare ausgeprägte psychische Störung vor. Auch diese Ansicht überzeugt nicht. Dass die depressive Erkrankung „lediglich“ durch ungünstige psychosoziale Umstände unterhalten wird, kann ohne weiteres



ausgeschlossen werden. Die Kinder der Beschwerdeführerin waren im Zeitpunkt der Erstattung des Gutachtens 17 und 21 Jahre alt und damit nicht mehr intensiv betreuungsbedürftig (IV-act. 74-22). Die Beschwerdeführerin wird durch ihre Tochter und ihren Ehemann im Haushalt unterstützt (act. G 4.2 Fremdakten Beurteilung Dres. K.\_\_\_\_ und L.\_\_\_\_). Das Verhältnis zu ihrem Mann und ihren Kindern bezeichnete sie im Gespräch mit der Eingliederungsverantwortlichen der Beschwerdegegnerin als gut (IV-act. 55-3). Die finanzielle Situation wurde verschiedentlich so beschrieben, dass sie zwar eng sei, dass es aber möglich sei, das Leben zu bestreiten und dass keine Schulden vorlägen (IV-act. 3-3, 40-2, 55-3, 74-22). Es geht nicht vordergründig um missliche oder schwierige Lebensumstände, welche die depressive Störung ausgelöst haben. Die Ausführungen der psychiatrischen Fachpersonen deuten vielmehr darauf hin, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer psychischen Grundproblematik mit gewissen Gegebenheiten in ihrem sozialen Umfeld nicht zurechtkommt. So erscheint als nachvollziehbar, dass etwa die Todesfälle von Mutter und Schwester pathologisch fehlverarbeitet wurden. Dies als simplen „psychosozialen Belastungsfaktor“ abzustempeln und vom Krankheitswert auszunehmen, wird der Komplexität und Schwere der Erkrankung in keine Weise gerecht.

4.3 Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen ist gestützt auf das Gutachten der Medas Ostschweiz von einer Arbeitsunfähigkeit von 70% auszugehen.

5.

5.1 Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt. Dabei wird das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

5.2 Zur Bemessung des Valideneinkommens wird in der Praxis regelmässig das vor dem Eintritt der zur Invalidität führenden Arbeitsunfähigkeit erzielte Einkommen beigezogen (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. Bern 2009, N 12 zu Art. 16, mit



Hinweis). Massgebend ist, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im massgebenden Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns (vorliegend im Jahr 2012) verdient hätte (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Dezember 2014, 9C\_487/2014, E. 3.1.1).

5.3 Vorliegend ist zu Recht unstrittig, dass der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin anhand eines Einkommensvergleichs zu bemessen ist. Im Jahr 2010, also vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, erzielte die Beschwerdeführerin gemäss IK-Auszug ein Einkommen von Fr. 56'911.-- (IV-act. 16). Angepasst an die Nominallohnentwicklung bis 2012, dem Jahr des Rentenbeginns, ergibt sich ein Valideneinkommen von Fr. 58'036.-- (Nominallohnindex Frauen 2010: 2'579, 2012: 2'630).

5.4 Die Beschwerdeführerin, die zwar einen Abschluss als kommerzielle Technikerin von R.\_\_\_\_ besitzt, die entsprechenden Kompetenzen im Rahmen ihrer Berufskarriere aber nie einsetzen konnte, arbeitete seit 1994 im Reinigungsdienst des B.\_\_\_\_. Demzufolge ist bei der Berechnung ihres Invalideneinkommens auf die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE), Kompetenzniveau 1, Frauen, abzustellen. Im Jahr 2012 verdienten Frauen in diesem tiefsten Anforderungsniveau bei der durchschnittlichen betriebsüblichen Arbeitszeit von 41,7 Wochenstunden im Durchschnitt Fr. 51'441.-- (vgl. Anhang 2 der von der Informationsstelle AHV/IV herausgegebenen Textausgabe IVG, 2015). Ob und in welcher Höhe ein Tabellenlohnabzug vorzunehmen ist, kann offen bleiben. Denn selbst ohne Berücksichtigung eines solchen ergibt sich bei einem Invalideneinkommen von Fr. 15'432.-- ( $\text{Fr. } 51'441.-- \times 0.3$ ) ein Invaliditätsgrad von abgerundet 73%.

5.5 Die Beschwerdeführerin war durch ihre behandelnde Psychiaterin seit dem 10. Mai 2011 voll arbeitsunfähig geschrieben worden. Dieses Datum wurde von den Medas-Gutachtern übernommen, was nachvollziehbar ist. Das Wartejahr (Art. 28 Abs. 1 IVG) begann also am 10. Mai 2011 zu laufen und lief am 9. Mai 2012 ab. Die Beschwerdeführerin, deren IV-Anmeldung im Oktober 2011 erfolgte, hat damit ab 1. Mai 2012 (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG) Anspruch auf eine ganze Invalidenrente.

6.



## St.Galler Gerichte

6.1 Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 2. August 2013 in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und der Beschwerdeführerin ist ab 1. Mai 2012 eine ganze Rente zuzusprechen. Die Sache ist zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

6.2 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 als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat ausgangsgemäss die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

6.3 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.--. Im hier zu beurteilenden Fall erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

## Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 2. August 2013 aufgehoben und der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. Mai 2012 eine ganze Rente zugesprochen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Leistung wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.



3.

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

4.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.