



**Fall-Nr.:** IV 2014/182  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 03.01.2020  
**Entscheiddatum:** 27.10.2016

### **Entscheid Versicherungsgericht, 27.10.2016**

**Art. 28 IVG. Auf das Medas-Gutachten kann abgestellt werden. Anspruch auf eine befristete Rente. Teilweise Gutheissung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. Oktober 2016, IV 2014/182). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C\_808/2016.**

Besetzung

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiberin Lea Hilzinger

Geschäftsnr.

IV 2014/182

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. Romana Weber,

GN Rechtsanwälte, St. Leonhard-Strasse 20, Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**



Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich im Januar 2011 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 3). Sie gab an, wegen eines Sturzes seit dem 2. März 2010 arbeitsunfähig zu sein. Zuletzt habe sie zu 100 % als Küchenhilfe gearbeitet.

A.b Bereits am 7. September 2010 war die Versicherte in der Klinik B.\_\_\_\_ von Dr. med. C.\_\_\_\_, Leitender Arzt Manuelle Medizin und interventionelle Rheumatologie, wegen Gesässschmerzen links untersucht worden (Fremdakten, nicht nummeriert). Dr. C.\_\_\_\_ hatte erklärt, dass die klinische Untersuchung keinen Hinweis für eine lumbospondylogene Problematik ergeben habe. Eine SIG-Symptomatik sei aufgrund der Anamnese und Klinik eher unwahrscheinlich. Das Hüftgelenk schein radiologisch und klinisch unauffällig. Auffallend sei jedoch die sehr stark verspannte, druckdolente Muskulatur, namentlich die Palpation von Myogelosen und Triggerpunkten im Bereich des M. Glutaeus medius piriformis sowie in den tieferen Hüftausserrotatoren, gewesen. Eine intensive Behandlung der Myogelosen und Triggerpunkte mache Sinn. Die Arbeitsfähigkeit sollte ab Therapiebeginn nur kurzzeitig auf 50 % gesenkt werden.

A.c Vom 11. Januar bis 8. Februar 2011 befand sich die Versicherte für einen stationären Aufenthalt in der Klinik Valens (Austrittsbericht vom 25. Februar 2011, IV-act. 24). Die Diagnosen lauteten:

- Myofasciale Beschwerden tieflumbal und glutäal links mit Funktionsstörung der linken unteren Extremität nach Sturz im März 2010;
- mittelgradig depressive Episode;
- Status nach Stapled Transanal Rectum Resection April 2009 bei obstruktivem Defäkationssyndrom, Intussuszeption und anteriorer Rektozele.



Die Klinikärzte erklärten, dass die muskuläre Infiltrationsbehandlung mit anschliessend intensiver Physiotherapie vor allem auch aufgrund der ausgeprägten psychischen Anspannung nicht zu einer wesentlichen Verbesserung der Beschwerden geführt habe. Ein intensives Beckenbodentraining habe subjektiv und objektiv deutliche Erfolge hinsichtlich der Stuhlinkontinenz gezeigt. Der Systemanamnese war zu entnehmen, dass die Versicherte 2-3 Mal täglich, häufig rasch nach der Nahrungsaufnahme, Stuhlgang habe. Wenn sie nicht sofort ein WC aufsuchen könne, könne es zu ungewolltem Stuhlverlust kommen. Die Klinikärzte bescheinigten der Versicherten für die Dauer des stationären Aufenthalts eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit. Danach sollte in leichten und wechselbelastenden Tätigkeiten eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit bestehen.

A.d Die Arbeitgeberin der Versicherten, ein Pflegeheim, berichtete am 19. Februar 2011 (IV-act. 22), dass es die Versicherte seit August 1992 zu 100 % als Küchenhilfe beschäftige. Der letzte effektive Arbeitstag sei der 1. März 2010 gewesen. Ohne Gesundheitsschaden würde die Versicherte heute Fr. 55'023.15 verdienen.

A.e RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_ notierte am 18. März 2011 (IV-act. 25), dass der Sturz zu keinen objektivierbaren Läsionen am Bewegungsapparat und zu keinen neurologischen Störungen geführt habe. Es bestünden ausgeprägte chronifizierte Schmerzen. Die muskuläre Schwäche sei schmerzbedingt. Die depressive Episode sei Folge der schmerzbedingten körperlichen Beeinträchtigung. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden sei nicht ausgewiesen.

A.f Dr. med. E.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik F.\_\_\_\_, berichtete am 29. März 2011 (Fremdakten), dass die Versicherte an einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischen Symptomen (F32.11) leide. Vom 11. bis 15. April 2011 war die Versicherte zur Abklärung der chronisch progredienten Schmerzsymptomatik in der linken Glutealregion in der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) hospitalisiert (Bericht vom 18. April 2011, Fremdakten). Die Klinikärzte gaben an, dass sich für die Beschwerden weiterhin kein pathologisches Korrelat habe finden lassen.

A.g Mit Vorbescheid vom 23. September 2011 (IV-act. 37) kündigte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Gesuchs um berufliche Eingliederungsmassnahmen



## St.Galler Gerichte

und des Rentengesuchs an. Zur Begründung hielt sie fest, dass in der angestammten wie auch in einer adaptierten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Dagegen liess die Versicherte einwenden, dass sie in der angestammten Tätigkeit voll und in einer adaptierten Tätigkeit zu 50 % arbeitsunfähig sei (IV-act. 44).

A.h Am 29. September 2011 wurde die Versicherte im Auftrag ihrer Taggeldversicherung bidisziplinär (psychiatrisch und rheumatologisch) von der Klinik G.\_\_\_\_ begutachtet (Gutachten vom 28. Oktober 2011, Fremdakten). Der psychiatrische Gutachter Dr. med. H.\_\_\_\_ gab als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode (F32.1) an. Er erklärte, dass er die Schmerzsymptomatik eher der depressiven Grunderkrankung zuordne und deshalb keine eigenständige Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung stelle. Die depressive Störung habe sich aufgrund der körperlichen Erkrankungen ab 2009 entwickelt. Dabei seien die Auswirkungen der Harn- und Stuhlinkontinenz in den Vordergrund zu rücken. Das Unfallereignis (Sturz im März 2010) sei im Sinne einer dysfunktionalen depressiven Verarbeitungsstrategie zu sehen. Die Versicherte sei zum jetzigen Zeitpunkt voll arbeitsunfähig. Die volle Arbeitsunfähigkeit werde zumindest für weitere drei Monate fortbestehen. Im Anschluss sei eine schrittweise Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit – die zügige Einleitung einer adäquaten Behandlung vorausgesetzt – denkbar. Aktuell werde die Versicherte mit einem Antidepressivum behandelt. Eine Psychotherapie finde nicht statt. Dr. med. I.\_\_\_\_ nannte im rheumatologischen Teilgutachten als Diagnosen eine Adipositas per magna und eine Insertionstendopathie des Musculus gluteus am Trochanter major links bei Schmerzchronifizierung mit chronifizierter Fehlbelastung. Er führte aus, dass die beklagten Beschwerden zwar nachvollziehbar seien, deren Ausprägung jedoch nicht ausreichend somatisch erklärt werden könne. Die Einschränkung der hüftführenden Muskulatur links sei durch entsprechende Therapiemassnahmen (v.a. Gewichtsreduktion) gut zu überwinden. Die Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit sei innerhalb von sechs Wochen zu erwarten. Für die nächsten sechs Wochen betrage die Arbeitsfähigkeit somit 0 %. Im Anschluss bestehe für vier Wochen eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit. Danach sei aus somatischer Sicht in der angestammten Tätigkeit von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen.



## St.Galler Gerichte

A.i Dr. med. J.\_\_\_\_, Oberärztin im Palliativzentrum des KSSG, berichtete am 19. März 2012 (IV-act. 57), dass sich die Versicherte seit Oktober 2011 in ihrer ambulanten Behandlung befinde. Bei zunehmender Verschlechterung der Symptomatik und daraus resultierender Erschöpfung sei eine Hospitalisation zur Optimierung der Schmerztherapie geplant. Seit November 2011 finde ein Arbeitsversuch bei einem Arbeitspensum von ca. einer Stunde pro Tag statt. Die Versicherte sei in ihrer Arbeitsfähigkeit durch die permanenten, starken Schmerzen eingeschränkt.

A.j RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ notierte am 12. April 2012 (IV-act. 59), dass weitere medizinische Abklärungen erforderlich seien. Der Gesundheitszustand sei derzeit instabil. Am 1. Mai 2012 (IV-act. 61) teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass aufgrund ihres Gesundheitszustandes zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien.

A.k Med. pract. K.\_\_\_\_, Oberarzt am Psychiatrischen Zentrum L.\_\_\_\_, berichtete am 11. Mai 2012 (IV-act. 67), dass die Versicherte seit August 2011 an Anpassungsstörungen: Angst und depressive Reaktion gemischt (F43.22), leide. Eine ebenfalls diagnostizierte generalisierte Angststörung (F41.1) habe keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Versicherte befinde sich seit dem 18. August 2011 bei ihm in Behandlung. Die Prognose sei sehr abhängig vom Verlauf der somatischen Beschwerden. Bei Verstärkung der Schmerzsymptomatik komme es regelmässig zu einer Verstärkung der depressiven Störung und zu Angstzuständen (Angst, nicht mehr arbeiten zu können, finanzielle Ängste). In der angestammten Tätigkeit als Küchenhilfskraft sei die Versicherte seit dem 18. August 2011 und bis auf weiteres wegen der ausgeprägten Gehstörungen voll arbeitsunfähig. Auch adaptierte Tätigkeiten seien ihr zurzeit nicht zumutbar. Ab dem 1. Januar 2013 könne eventuell mit einer 50 %igen Arbeitsfähigkeit gerechnet werden.

A.l Dr. med. M.\_\_\_\_, Spezialarzt Orthopädische Chirurgie FMH, berichtete am 9. März 2011 (IV-act. 80), dass er die lumbosakralen Beschwerden links ebenso wenig erklären resp. behandeln könne wie die Klinik Valens resp. die Klinik B.\_\_\_\_. Das Spital N.\_\_\_\_ berichtete am 23. Mai 2011 (IV-act. 76), die Versicherte habe, anders als bei der letzten Konsultation am 28. Februar 2011, angegeben, dass sie weiterhin Probleme habe, den Stuhl zu halten. Während sie bei festerer Stuhlkonsistenz keinerlei Mühe habe, den



Stuhl zu halten, müsse sie bei flüssigerem Stuhlgang sehr schnell die Toilette aufsuchen. Im Februar 2011 habe die Versicherte noch berichtet, dass sie über fünf Minuten Zeit habe, die Toilette aufzusuchen. Die Klinikärzte hielten fest, dass sich bei der klinischen Untersuchung ein gut erhaltener Schliessmuskelapparat gezeigt habe. Im Rahmen der Gesamtsituation mit Depression, chronischen Schmerzen und unter den rehabilitativen Massnahmen sei die Gesamtsituation der Versicherten aktuell sehr schwer zu erfassen. Die Einnahme von stuhlregulierenden Mitteln lehne die Versicherte ab, weil sie in der Vergangenheit keinen Erfolg gehabt hätten. Anlässlich einer Nachkontrolle am 23. Juni 2011 rieten die Klinikärzte der Versicherten zu einer sakralen Nervenstimulation zur dauerhaften Stimulation des Beckenbodens (IV-act. 75). Vom 4. bis 22. Juni 2012 war die Versicherte im Palliativzentrum O.\_\_\_\_ hospitalisiert (Bericht vom 25. Juni 2012, IV-act. 87-1 f.). Die Klinikärzte berichteten, die Versicherte habe von der multimodalen Schmerztherapie insgesamt gut profitiert. Allerdings hätten der Muskelhartspann im Bereich der Hüfte und des Oberschenkels links lateral und somit die Beweglichkeit nicht wesentlich verändert werden können, sodass bei Spitalaustritt weiterhin eine Stockmobilität bestanden habe. Während der Hospitalisation sei die Versicherte stets kontinent gewesen. Die Implantation des sakralen Neurostimulators stehe deshalb im Moment nicht im Vordergrund.

A.m RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ notierte am 5. September 2012 (IV-act. 89), aus allen Berichten gehe hervor, dass das chronifizierte Schmerzsyndrom im Vordergrund stehe. Der von med. pract. K.\_\_\_\_ beschriebene psychopathologische Befund sei bland und begründe keine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit. Die angebliche "Teilinkontinenz für Stuhl" relativiere sich dadurch, dass die Versicherte bei festerer Konsistenz keinerlei Mühe habe, den Stuhl zu halten. Dass sie bei flüssigerem Stuhl sehr schnell die Toilette aufsuchen müsse, sei nicht pathologisch und stelle keine Teilinkontinenz dar. Die Versicherte sei in jeglicher Tätigkeit weiterhin zu 100 % arbeitsfähig. Eine IV-Sachbearbeiterin notierte am 6. Dezember 2012, dass die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis per 31. März 2013 auflösen werde (IV-act. 93). Am 7. Dezember 2012 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie keinen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen habe, da kein Gesundheitsschaden vorliege, der die Arbeitsfähigkeit einschränke (IV-act. 95).

A.n Mit einem zweiten Vorbescheid vom 3. Januar 2013 stellte die IV-Stelle der Versicherten bei einem IV-Grad von 3 % die Abweisung des Rentengesuchs in



## St.Galler Gerichte

Aussicht (IV-act. 100). Dagegen liess die Versicherte einen Einwand erheben (IV-act. 101). Ihr Rechtsvertreter machte geltend, dass der Gesundheitszustand nicht hinreichend abgeklärt worden sei. Am 28. Februar 2013 reichte die Versicherte zusammen mit einer erneuten IV-Anmeldung weitere medizinische Berichte ein (IV-act. 103 f.). Die Ärzte des Palliativzentrums O.\_\_\_ hatten am 1. März 2013 über einen stationären Aufenthalt vom 18. Februar bis 1. März 2013 berichtet (IV-act. 104-1 ff.). Die Hospitalisation war zur Krisenintervention aufgrund einer Schmerzexazerbation bei bekanntem chronischem Schmerzsyndrom erfolgt. Die Klinikärzte hatten erklärt, dass die Versicherte durch den bereits zum zweiten Mal abgelehnten IV-Antrag massiv belastet sei. Im Vordergrund stehe eine ausgeprägte depressive Symptomatik mit starken Zukunfts- und existenziellen Ängsten. Unterstützend durch eine intensive psychologische Gesprächstherapie habe die Schwere der depressiven Episode gemindert werden können. Die Ärzte der Psychiatrischen Klinik P.\_\_\_ hatten am 25. Februar 2013 berichtet (IV-act. 104-7 ff.), dass sie die Versicherte am 22. Februar 2013 konsiliarisch untersucht hätten. Als Diagnosen hatten sie u.a. eine rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode (F33.1), und einen Status nach Suizidversuch 2009 durch Medikamentenintoxikation angegeben.

A.o Ein Psychiatrie-Pflegefachmann des Psychiatrischen Zentrums L.\_\_\_ berichtete RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_ am 26. März 2013 telefonisch (IV-act. 107), dass die Versicherte an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittel- bis schwergradige Episode (F33.1), leide. Die Behandlung finde seit Anfang 2010 statt. Die Versicherte sei derzeit wegen fehlender psychischer Belastbarkeit nicht arbeitsfähig. Das Gesprächsprotokoll wurde am 2. April 2013 von Dr. med. Q.\_\_\_, Oberarzt am Psychiatrischen Zentrum L.\_\_\_, unterzeichnet. RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_ notierte am 26. März 2013 (IV-act. 112), dass eine polydisziplinäre Begutachtung notwendig sei.

A.p Am 20. und 22. August 2013 wurde die Versicherte von der Medas Ostschweiz polydisziplinär (allgemein-internistisch, rheumatologisch, psychiatrisch) begutachtet (Gutachten vom 7. Oktober 2013, IV-act. 117). Die Gutachter gaben keine Diagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit an. Die Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lauteten:



## St.Galler Gerichte

- Chronisches Schmerzsyndrom gluteal und linker Oberschenkel lateral seit Sturzereignis März 2010, multiple klinische und bildgebende Untersuchungen ohne relevante somatische Befunde;
- Status nach transanaler Rektumresektion April 2009 bei Rektozele, anamnestisch Teilinkontinenz;
- massive Adipositas;
- leichte arterielle Hypertonie;
- Verdacht auf Analgetika-induzierte Kopfschmerzen;
- Anpassungsstörung (längere depressive Reaktion) DSM IV 309.9.

Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erklärte, dass die Versicherte nach der Operation im Jahr 2009 mit folgenden Mastdarmstörungen eine reaktive depressive Episode mit suizidalen Gedanken entwickelt habe. Diese Episode sei kurzzeitig gewesen. Nach dem Unfall im März 2010 seien erneut depressive und ängstliche Symptome aufgetreten. Aus heutiger Sicht scheine es sich um eine psychische Reaktion auf das Unfallereignis bzw. die Schmerzen zu handeln. Mit der Zeit habe sich die Symptomatik zu einer rezidivierenden depressiven Störung, die zeitweise mittelgradig, gegenwärtig eher leichtgradig zu beurteilen sei, entwickelt. Die Versicherte habe berichtet, dass sie die ihr verschriebene antidepressive Medikation regelmässig einnehme. Die Laboruntersuchungen hätten jedoch gezeigt, dass sie die antidepressive Medikation mit Duloxetin praktisch nicht und die antidepressive und schlafanstossende Medikation mit Trazodon eher selten oder sehr unregelmässig einnehme. Diese Tatsache zeige eine Diskrepanz zwischen dem demonstrierten hohen Leidensdruck und der fehlenden Compliance der Versicherten in den Bemühungen, den Leidensdruck zu mindern. Die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sowie die Durchhaltefähigkeit und Selbstbehauptungsfähigkeit seien durch die depressive Stimmungslage nur leicht beeinträchtigt. Die depressive Störung, an der die Versicherte leide, sei höchstwahrscheinlich eine chronische Anpassungsstörung und keine Komorbidität. Sie sei nicht von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer. Es bestehe kein



ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens. Ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf sei nicht erkennbar. Für eine "Flucht in die Krankheit" als primären Krankheitsgewinn fänden sich keine klaren Hinweise. Von unbefriedigenden Behandlungsergebnissen trotz konsequenter Durchführung könne nicht die Rede sei. Demnach sei eine Willensanstrengung uneingeschränkt zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht bestehe folglich eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Küchenhilfe. Dr. H.\_\_\_\_ habe die Arbeitsunfähigkeit wegen der Depressivität auf 100 % geschätzt. Aufgrund der von ihm gestellten Diagnose und der beschriebenen Symptomatik sei eine volle Arbeitsunfähigkeit aus heutiger Sicht nicht nachvollziehbar; es wäre höchstens die Attestierung einer 50 %igen Arbeitsunfähigkeit angebracht gewesen. Dr. med. C.\_\_\_\_, Innere Medizin/Rheumatologie FMH, führte aus, dass das Schmerzsyndrom aus somatischer Sicht ätiologisch unklar bleibe. Internistisch und rheumatologisch bestünden keine Schädigungen oder Funktionsstörungen mit Auswirkungen auf das berufliche Leistungsvermögen. Die subjektiv beklagten Kontinenzprobleme könnten belastend sein, dürften jedoch zu keiner wesentlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen. Die Versicherte sei demnach weder somatisch noch psychiatrisch in ihrer Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit wesentlich eingeschränkt. Die Beurteilung gelte ab dem Gutachtenzeitpunkt. Die Arbeitsprognose sei wohl schlecht. Es spielten dabei viele soziale, IV-fremde Faktoren eine Rolle: Migrationsproblematik, bescheidene Schul- und Deutschkenntnisse, langdauernde Arbeitsunfähigkeit, hohe Selbstlimitierung, familiäre Faktoren (Ehemann IV-berentet) und subjektive Krankheitsüberzeugungen.

A.q RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ forderte die Medas-Gutachter am 29. Oktober 2013 auf (IV-act. 118), zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen. Zudem bat er darum, die Anpassungsstörung nach ICD-10 zu kodieren und fragte, ob aufgrund der bereits länger als zwei Jahre bestehenden depressiven Symptomatik nicht eine Kodierung als F33.0 nach ICD-10 (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode) angezeigt wäre. Prof. Dr. med. S.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ antworteten am 18. November 2013 (IV-act. 120), dass gemäss den Akten ab dem Austritt aus der Rehaklinik Valens am 9. Februar 2011 eine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit und ab dem 18. August 2011 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. In diesen Beurteilungen sei offensichtlich ein bio-psychosoziales Krankheitsmodell, welches IV-rechtlich nicht gelte, berücksichtigt



worden. Die sozialen Belastungsfaktoren seien stets massiv gewesen, weshalb die beiden dokumentierten Arbeitsunfähigkeiten zu relativieren seien. Angesichts der rückwirkend unsicheren Datenlage sei nach dem Austritt aus der Klinik Valens am 8. Februar 2011 bis zum Gutachtenzeitpunkt höchstens von einer 50 %igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Am 19. November 2013 teilte Dr. S.\_\_\_\_ ergänzend mit (IV-act. 121), in den Qualitätsleitlinien der schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie werde ausdrücklich festgehalten, dass die Diagnose den Kriterien der aktuellen ICD oder des aktuellen DSM gegenübergestellt werden müsse. RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ notierte am 5. Dezember 2013 (IV-act. 123), die Medas Ostschweiz habe nachvollziehbar ausgeführt, dass für den Zeitraum ab Austritt aus der Klinik Valens im Februar 2011 bis zum Gutachtenzeitpunkt von einer Arbeitsunfähigkeit von höchstens 50 % auszugehen sei.

A.r Mit einem dritten Vorbescheid vom 6. Januar 2014 stellte die IV-Stelle der Versicherten bei einem IV-Grad von 3 % erneut die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht (IV-act. 128). Zur Begründung führte sie an, dass dem Gutachten der Medas Ostschweiz keine Diagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit entnommen werden könnten. Sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in sämtlichen weiteren Tätigkeiten bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Gemäss der letzten Arbeitgeberin hätte die Versicherte im Jahr 2011 ein Erwerbseinkommen von Fr. 55'023.-- verdient. Hierbei handle es sich um das Valideneinkommen. Das Arbeitsverhältnis sei per 31. März 2013 aufgelöst worden, weshalb das Invalideneinkommen anhand von Tabellenlöhnen zu ermitteln sei. Der Versicherten sei es demnach zumutbar, ein Einkommen von mindestens Fr. 53'255.-- zu erzielen (LSE, Schweiz, privater Sektor, 2011, Niv. 4 für Frauen). Dagegen liess die Versicherte am 7. Februar 2014 einwenden, dass ihr eine IV-Rente auszurichten sei. Eventualiter seien weitere Abklärungen vorzunehmen (IV-act. 137).

A.s Mit Verfügung vom 24. Februar 2014 (IV-act. 140) wies die IV-Stelle das Rentengesuch aus den im Vorbescheid angegebenen Gründen ab. Zum Einwand hielt sie fest, dass keine neuen Tatsachen geltend gemacht worden seien.

B.



B.a Gegen diese Verfügung liess die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 25. März 2014 Beschwerde erheben (act. G 1). Ihre Rechtsvertreterin beantragte die Ausrichtung einer ganzen IV-Rente ab 1. Juli 2011, eventualiter sei die Sache zur Durchführung weiterer Abklärungen an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen. Sie stellte zudem ein Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und unentgeltliche Rechtsverteidigung für das Beschwerdeverfahren. Die Rechtsvertreterin machte geltend, dass das Medas-Gutachten in mehrerer Hinsicht Mängel aufweise: Die Gutachter hätten die gastrointestinalen Beschwerden nicht genauer untersucht und sich nicht detailliert mit deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auseinandergesetzt. Im Gegensatz zu Dr. R.\_\_\_\_ habe Dr. E.\_\_\_\_ das Vorliegen einer schweren psychiatrischen Komorbidität bejaht. Weiter habe Dr. R.\_\_\_\_ nicht genügend begründet, weshalb die Förster-Kriterien nicht erfüllt seien. Die Schlussfolgerung von Dr. R.\_\_\_\_, dass eine Willensanstrengung uneingeschränkt zumutbar sei, sei deshalb nicht nachvollziehbar. Es sei auf den Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ abzustellen, gemäss welchem die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig sei. Angepasst an die Nominallohnentwicklung habe das Valideneinkommen im Jahr 2011 Fr. 55'573.40 betragen. Selbst wenn auf das Medas-Gutachten abgestellt würde, sei zu beachten, dass die Gutachter von 2011 bis August 2013 von einer 50 %igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen seien. Aufgrund der bestehenden Schmerzen, der Kontinenzprobleme, der psychischen Beschwerden, der stark eingeschränkten Leistungsfähigkeit, der schlechten Deutschkenntnisse und der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin keine Ausbildung absolviert habe, sei ein "Leidensabzug" von 20 % gerechtfertigt. Dr. E.\_\_\_\_ hatte am 21. März 2014 (Beilage 5) berichtet, dass die Beschwerdeführerin an einer andauernden Persönlichkeitsänderung aufgrund der anhaltenden emotionalen Belastungen im Rahmen der Stuhlinkontinenz (F62.0) und an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen (F33.11), leide. Sie sei zu 100 % arbeitsunfähig. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei nicht mehr zu erwarten. Psychosoziale oder soziokulturelle Belastungsfaktoren seien bei der Beschwerdeführerin nicht festzustellen. Die andauernde Persönlichkeitsänderung stelle eine schwere psychiatrische Komorbidität dar. Die Beschwerdeführerin habe sich sozial vollständig zurückgezogen. Es bestünden ein chronifizierter Krankheitsverlauf und unbefriedigende Behandlungsergebnisse. Abschliessend hatte Dr. E.\_\_\_\_ bemerkt, es stelle sich ihm die



## St.Galler Gerichte

Frage, welcher Humanmediziner einer erwachsenen Person mit einer vollständigen Stuhlinkontinenz eine Arbeitsfähigkeit auf einem freien Arbeitsmarkt attestieren könne. Die Beschwerdeführerin sei aufgrund des Körpergeruchs keinem Arbeitgeber resp. Team mehr zumutbar.

B.b Am 25. April 2014 wurde das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und unentgeltliche Rechtsverteidigung durch Rechtsanwältin Dr. iur. R. Weber) für das Beschwerdeverfahren bewilligt (act. G 6).

B.c Die Beschwerdegegnerin beantragte am 29. April 2014 die Abweisung der Beschwerde (act. G 8). Zur Begründung verwies sie auf die Stellungnahme des Fachbereichs IV-Renten vom 4. April 2014 (IV-act. 148). Dieser hatte festgehalten, dass gemäss dem RAD auf das Medas-Gutachten abgestellt werden könne. Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien nicht gestellt und die Überwindbarkeit sei diskutiert worden. Mit der Beschwerde seien keine neuen Tatsachen geltend gemacht worden.

B.d In ihrer Replik vom 15. Mai 2014 (act. G 10) brachte die Rechtsvertreterin ergänzend vor, bereits aufgrund der in der Beschwerde genannten Gründe könne entgegen der nicht weiter begründeten Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht auf das Medas-Gutachten abgestellt werden.

B.e Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (vgl. act. G 12).

B.f Am 21. August 2014 reichte die Rechtsvertreterin eine Honorarnote über den Betrag von Fr. 3'832.90 ein (act. G 13).

## Erwägungen

1.

1.1 Mit der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin bei einem Invaliditätsgrad von 3 % 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) 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 ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

1.3 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist der Invaliditätsgrad 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).

2.



2.1 Die Höhe des Invalideneinkommens hängt u.a. von der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ab. Zunächst ist daher zu prüfen, ob und wenn ja, in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist.

2.2 Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. Dennoch hat es das Bundesgericht mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Sozialversicherungsträger eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche



Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a und 3b mit Hinweisen).

2.3 In formeller Hinsicht erfüllt das Medas-Gutachten die von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien an ein voll beweiskräftiges Gutachten. Das Gutachten ist in Kenntnis aller relevanten Vorakten abgegeben worden (Ziff. 2.1 des Gutachtens). Es enthält eine Anamnese (Ziff. 3 und 5.2), berücksichtigt die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin zu ihren Leiden (Ziff. 3.4 und 5.2.1) und gibt die erhobenen objektiven Befunde (Ziff. 4 und 5.3) sowie eine abschliessende Gesamtbeurteilung (Ziff. 6) wieder. Der psychiatrische Gutachter hat sich zudem mit divergierenden früheren ärztlichen Einschätzungen aus-einandergesetzt (Ziff. 5.4.2 und 5.10). Als nächstes ist zu prüfen, ob das Gutachten auch in materieller Hinsicht überzeugt.

2.4 In somatischer Hinsicht macht die Beschwerdeführerin insbesondere Schmerzen in der linken Gesässregion mit Ausstrahlung ins linke Bein und eine Stuhlinkontinenz geltend. Bezüglich der Gesässschmerzen hielten die Gutachter fest, dass sich in der aktuellen Bildgebung weiterhin kein erklärender Befund gezeigt habe; die Beschwerden blieben aus somatischer Sicht ätiologisch weiterhin unklar. Diese Einschätzung stimmt mit jener der behandelnden Ärzte und des Vorgutachters überein. Dr. C.\_\_\_\_ von der Klinik B.\_\_\_\_ hat lediglich muskuläre Verspannungen feststellen können (Bericht vom 7. September 2010). Die Klinik Valens hat die Beschwerden als myofascial eingestuft (Bericht vom 25. Februar 2011). Der rheumatologische Gutachter der Klinik G.\_\_\_\_ hat erklärt, dass die Einschränkungen der hüftführenden Muskulatur links durch entsprechende Therapiemassnahmen gut zu überwinden seien (Gutachten vom 28. Oktober 2011). Auch Dr. M.\_\_\_\_ hat sich die Gesässbeschwerden nicht erklären können (Bericht vom 9. März 2011). Und schliesslich hat auch die Klinik für Neurologie in ihrem Bericht vom 18. April 2011 angegeben, dass sie für die Beschwerden kein pathologisches Korrelat gefunden habe. Da auch die Medas-Gutachter weder internistisch noch rheumatologisch eine Schädigungen oder Funktionsstörungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gefunden haben, haben sie die Gesässbeschwerden nicht in ihre somatische Arbeitsfähigkeitsschätzung einfließen lassen. Die Medas-Gutachter sind weiter davon ausgegangen, dass die Kontinenzprobleme keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge haben. Begründet haben sie diese Schlussfolgerung, wie die Rechtsvertreter der



Beschwerdeführerin zu Recht moniert hat, jedoch nicht. Aus den Akten geht hervor, dass es bei flüssigerem Stuhlgang zu ungewolltem Stuhlverlust kommen kann, wenn die Beschwerdeführerin nicht sofort ein WC aufsuchen kann. Entgegen der Behauptung von Dr. E. \_\_\_ handelt es sich also keineswegs um eine vollständige Stuhlinkontinenz. Die Ärzte des Spitals N. \_\_\_ haben bei der Untersuchung im Mai 2011 denn auch einen gut erhaltenen Schliessmuskelapparat festgestellt. Während der Hospitalisation im Palliativzentrum O. \_\_\_ vom 4. bis 22. Juni 2012 ist die Beschwerdeführerin stets kontinent gewesen, weshalb die Implantation eines sakralen Neurostimulators nicht als notwendig erachtet worden ist. Nach dem Gesagten muss davon ausgegangen werden, dass die geltend gemachte Stuhlinkontinenz mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keinen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat, zumal die Inkontinenz nur bei flüssigerem Stuhlgang auftritt und auch nur dann, wenn die Beschwerdeführerin nicht sofort eine Toilette aufsuchen kann, was an einem geeigneten Arbeitsplatz äusserst selten oder gar nie der Fall sein dürfte. Die Einschätzung der Medas-Gutachter, wonach die geltend gemachte Stuhlinkontinenz keinen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat, überzeugt daher.

2.5 In psychiatrischer Hinsicht hat der Medas-Gutachter Dr. R. \_\_\_ als Diagnose eine Anpassungsstörung (längere depressive Reaktion) angegeben. Der Zustand der Beschwerdeführerin entspreche einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode. Die von Dr. R. \_\_\_ gestellte Diagnose überzeugt angesichts der von ihm erhobenen Befunde: Die Beschwerdeführerin hat zwar insgesamt einen leicht traurigen Eindruck gemacht, ist im Verlauf des Gesprächs emotional labil gewesen und hat während der Untersuchung eine mehrheitlich gedrückte Stimmung gezeigt. Eine Verminderung des Antriebs oder eine erhöhte Ermüdbarkeit hat Dr. R. \_\_\_ aber ebenso wenig feststellen können wie Konzentrations- oder Aufmerksamkeitsstörungen. Zudem stimmen die erhobenen Befunde auch mit den Ergebnissen der Hamilton-Ration Scale for Depression überein (IV-act. 117-26 f.). Dafür, dass der Leidensdruck aufgrund der depressiven Symptomatik nicht erheblich ist, spricht auch, dass die Beschwerdeführerin die verordneten antidepressiven Medikamente nicht oder höchstens sehr unregelmässig einnimmt. Dr. E. \_\_\_ hat in seinem Bericht vom 21. März 2014 als Diagnosen eine andauernde Persönlichkeitsänderung aufgrund der anhaltenden emotionalen Belastungen im Rahmen der Stuhlinkontinenz und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig



mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen, angegeben. Erstere Diagnose überzeugt zum einen nicht, weil Dr. E.\_\_\_\_ von einer vollständigen Stuhlinkontinenz ausgegangen ist, was offensichtlich nicht der Fall ist. Zum anderen überzeugt die Diagnose nicht, weil eine Persönlichkeitsänderung nach ICD-10: F62.0 einer Belastung katastrophalen Ausmasses wie andauernde Gefangenschaft mit unmittelbarer Todesgefahr, Folter, Katastrophen oder Konzentrationslagererfahrungen folgen muss. Eine Stuhlteilinkontinenz ist sicherlich belastend, weist jedoch nicht die Qualität der vorgenannten Belastungen auf. Die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen, hat Dr. E.\_\_\_\_ nicht begründet. Zudem hat er nicht geltend gemacht, dass es zwischen der Begutachtung im August 2013 und dem Verfügungserlass im Februar 2014 zu einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik gekommen wäre. Somit überzeugt bereits die diagnostische Einschätzung von Dr. E.\_\_\_\_ nicht. Demnach ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ab dem Gutachtenzeitpunkt (August 2013) an einer Anpassungsstörung (längere depressive Reaktion) resp. an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, gelitten hat. Dr. R.\_\_\_\_ hat der Anpassungsstörung keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen. Diese Einschätzung überzeugt angesichts der nicht erheblichen psychopathologischen Befunde.

2.6 Zu prüfen bleibt, ob in der Zeit vor der Begutachtung eine schwerere Ausprägung der Depression bestanden hat. Eine depressive Symptomatik wird erstmals im Austrittsbericht der Klinik Valens vom 25. Februar 2011 (Aufenthalt vom 11. Januar bis 8. Februar 2011) erwähnt. Damals ist der Beschwerdeführerin eine mittelgradige depressive Episode bescheinigt worden. Der psychiatrische Gutachter der Klinik G.\_\_\_\_, Dr. H.\_\_\_\_, hat im Gutachten vom September 2011 als Diagnose ebenfalls eine mittelgradige depressive Episode angegeben. Med. pract. K.\_\_\_\_ vom Psychiatrischen Zentrum L.\_\_\_\_ hat in seinem Bericht vom 11. Mai 2012 erklärt, dass die Beschwerdeführerin an Anpassungsstörungen (Angst und depressive Reaktion gemischt) leide. Die Diagnose der Psychiatrischen Klinik P.\_\_\_\_ lautete im Bericht vom 25. Februar 2013 "rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode". Das Psychiatrische Zentrum L.\_\_\_\_ hat im März 2013 als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittel- bis schwergradige Episode, angegeben. Die Einschätzung von Dr. R.\_\_\_\_, dass die depressive



Symptomatik in der Zeit vor der Begutachtung stärker, d.h. mittelgradig ausgeprägt gewesen ist und einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gehabt hat, leuchtet angesichts der Berichte der behandelnden Ärzte und des Gutachters Dr. H.\_\_\_\_ ein. Dr. H.\_\_\_\_ hat die Arbeitsunfähigkeit – zumindest für die drei der Untersuchung folgenden Monate – auf 100 % geschätzt. Dr. R.\_\_\_\_ hat hierzu ausgeführt, dass diese Arbeitsfähigkeitsschätzung aufgrund der gestellten Diagnose und der beschriebenen Symptomatik nicht nachvollziehbar sei. Es sei höchstens von einer reduzierten Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen. In ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 18. November 2013 begründeten die Gutachter Dr. S.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ die unterschiedlichen Arbeitsfähigkeitsschätzungen damit, dass der Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_ offensichtlich ein bio-psychosoziales Krankheitsmodell, welches IV-rechtlich nicht gelte, zugrunde liege. Die sozialen Belastungsfaktoren seien stets massiv gewesen. Dr. H.\_\_\_\_ hat in seinem Teilgutachten die folgenden pathologischen Befunde angegeben: Von der Stimmung her deutlich bedrückt zum depressiven Pol verschoben, mit eingeschränkter affektiver Schwingungsfähigkeit, Verlust von Lebensfreude, sozialer Rückzug, gehemmt im Antrieb, starke innere Unruhe, Grübeln und Gedankenkreisen, Schlafstörung und Gewichtszunahme, Schuld- und Insuffizienzerleben. Dr. H.\_\_\_\_ hat weder eine erhöhte Ermüdbarkeit noch Konzentrations- oder Aufmerksamkeitsstörungen feststellen können. Eine volle Arbeitsunfähigkeit bedingt jedoch auch massive Einschränkungen in diesen Funktionen. Mit den Medas-Gutachtern muss deshalb davon ausgegangen werden, dass Dr. H.\_\_\_\_ in seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung die von den Medas-Gutachtern genannten psychosozialen Faktoren nicht ausgeklammert hat. Demnach ist auf die Einschätzung von Dr. R.\_\_\_\_, dass die Beschwerdeführerin in der Vergangenheit aufgrund der mittelgradigen Depression zu 50 % arbeitsunfähig gewesen ist, abzustellen. Die Beschwerdeführerin ist folglich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von Januar 2011 (Eintritt in die Klinik Valens) bis Oktober 2013 (Gutachtenzeitpunkt) aus psychischer Sicht in ihrer angestammten Tätigkeit als Küchenhilfe zu 50 % arbeitsunfähig gewesen.

3.

3.1 Die Beschwerdeführerin hat zuletzt als Küchenhilfe gearbeitet. Sie ist in dieser Tätigkeit weiterhin arbeitsfähig, weshalb die Invalidenkarriere und die Validenkarriere dieselbe sind, nämlich die Tätigkeit als Küchenhilfe. Da die Grundlagen für die



Berechnung des Validen- und Invalideneinkommens gleich hoch sind, kann ein Prozentvergleich vorgenommen werden. Das Wartejahr hat mit Eintritt der 50 %igen Arbeitsunfähigkeit zu laufen begonnen, d.h. am 1. Januar 2011. Folglich ist es Ende Dezember 2011 abgelaufen. Ein Rentenanspruch besteht somit frühestens ab dem 1. Januar 2012. Zu diesem Zeitpunkt ist die Beschwerdeführerin weiterhin zu 50 % arbeitsunfähig gewesen. Bei gleich hohem Validen- und Invalideneinkommen beträgt der IV-Grad ebenfalls 50 %. Selbst wenn ein indirekter behinderungsbedingter Lohnabzug von 15 % gewährt würde, würde dies bei einem IV-Grad von 57.5 % keine höhere IV-Rente zu Folge haben ( $50 \% + [50 \% \times 0.15]$ ). Die Beschwerdeführerin hat somit ab 1. Januar 2012 Anspruch auf eine halbe IV-Rente. Ab November 2013 ist die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Küchenhilfe wieder zu 100 % arbeitsfähig gewesen, was einem IV-Grad von 0 % entspricht. Eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung jedoch erst zu berücksichtigen, wenn sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (vgl. Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV, SR 831.201). Die Renteneinstellung hat somit erst per 1. Februar 2014 zu erfolgen. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin für die Zeit vom 1. Januar 2012 bis 31. Januar 2014 Anspruch auf eine halbe IV-Rente hat.

3.2 Demnach ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen und der Beschwerdeführerin ist für den Zeitraum 1. Januar 2012 bis 31. Januar 2014 eine befristete halbe Rente zuzusprechen. Die Sache ist zur Festsetzung der Rentenhöhe an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.

4.1 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 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Da sich die angefochtene Verfügung als rechtswidrig erwiesen hat und daher von der Beschwerdeführerin zu Recht angefochten worden ist, ist die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.



4.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Auch hier gilt, dass die Aufhebung der angefochtenen Verfügung als volles Obsiegen der beschwerdeführenden Partei zu betrachten ist. 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.--. Wird keine Honorarnote eingereicht, legt das Versicherungsgericht in einem IV-Rentenfall mit mittlerem Aufwand und Schwierigkeitsgrad die Parteientschädigung praxisgemäss auf pauschal Fr. 3'500.-- fest. Im vorliegenden Fall hat die Rechtsvertreterin eine Honorarnote über den Betrag von Fr. 3'832.90 eingereicht. Die Rechtsvertreterin hat eine ausführliche Beschwerdeschrift eingereicht (16 Seiten) und zudem einen Bericht beim behandelnden Psychiater eingeholt (act. G 1.1 Beilage 5). Dadurch rechtfertigt sich die Zusprache einer etwas über dem durchschnittlichen Pauschalbetrag von Fr. 3'500.-- liegenden Parteientschädigung. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin entsprechend mit Fr. 3'832.90 (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Damit erübrigt sich die Festsetzung des Honorars aus der bewilligten unentgeltlichen Rechtspflege.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass die Verfügung vom 24. Februar 2014 aufgehoben und der Beschwerdeführerin für die Zeit vom 1. Januar 2012 bis 31. Januar 2014 eine halbe Rente zugesprochen wird; zur Festsetzung der Rentenhöhe wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

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

3.



Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'832.90 zu bezahlen.