



Fall-Nr.: IV 2015/322
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 02.06.2020
Entscheiddatum: 27.10.2015

Entscheid Versicherungsgericht, 27.10.2015

Prozentvergleich. Da kein Tabellenlohnabzug zu gewähren ist, hat die Versicherte bei einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 35 % keinen Anspruch auf eine IV-Rente. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. Oktober 2015, IV 2015/322). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C_898/2015.

Entscheid Versicherungsgericht, 27.10.2015

Entscheid vom 27. Oktober 2015

Besetzung

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiberin Lea Locher

Geschäftsnr.

IV 2015/322

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Fürsprecher lic. iur. Daniel Küng,
Anwaltskanzlei St. Jakob, St. Jakob Strasse 37, 9000 St. Gallen,

gegen



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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 24. November 2008 wegen Meniskusproblemen und Arthrose im rechten Knie bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Leistungsbezug an (IV-act. 2). Sie gab u.a. an, dass sie seit dem 28. November 2007 unfallbedingt arbeitsunfähig sei. Sie habe in B.____ die 1. bis 5. Klasse besucht und einen achtmonatigen Kurs als Näherin absolviert. Vom 1. November 2001 bis 30. April 2006 habe sie zu 100 % als Raumpflegerin gearbeitet. Seit dem 1. März 2006 sei sie beim RAV gemeldet.

A.b Die Versicherte hatte sich am 28. November 2007 bei der Arbeit als Reinigungsmitarbeiterin wegen eines Fehltritts auf der Treppe das rechte Knie verrenkt (IV-act. 16-27). Am 18. Februar 2008 war sie wegen eines Hinterhornlappenrisses des medialen Meniskus rechts und eines zweitgradigen Knorpelschadens des medialen Femurcondylus und des femoralen Patellagleitlagers rechts von Dr. med. C.____, Orthopädische Chirurgie FMH, am rechten Knie operiert worden (IV-act. 16-25). Suva-Kreisarzt Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Chirurgie, hatte die Versicherte am 20. Mai 2008 untersucht (IV-act. 16-10 ff.). Er hatte erklärt, dass die Versicherte weiterhin an persistierenden Schmerzen im rechten Knie leide und ein protrahierter Verlauf vorliege. Vom 4. August bis 4. September 2009 hatte die Versicherte einen stationären Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon absolviert (Austrittsbericht vom 5. September 2008, IV-act. 16-13 ff.). Als Diagnosen hatten die Klinikärzte eine schmerzhaft funktionseinschränkung des rechten Knies, eine Anpassungsstörung mit leichter depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21), eine maladaptive Schmerzüberzeugung und ein Bewältigungsmuster mit Schonverhalten angegeben. Infolge erheblicher



Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz seien die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nur teilweise verwertbar gewesen. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen habe sich mit den relativ geringfügigen objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie der Diagnose aus somatischer Sicht nur zum Teil erklären lassen. Aus psychologisch-psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es sei sogar zu erwarten, dass eine berufliche Tätigkeit sich positiv auf die nur leicht depressive Symptomatik auswirken könnte. Die Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin sei der Versicherten aktuell nicht mehr zumutbar, da es sich um eine ganztags gehende und stehende Tätigkeit handle. In einer leichten bis mittelschweren Arbeit sei sie jedoch zu 100 % arbeitsfähig. Es müsse sich um eine wechselbelastende Tätigkeit ohne länger dauerndes Knien oder Hocken handeln. Repetitives Leiter- und Treppensteigen sei auf ein Minimum zu reduzieren. Die Versicherte selbst erachte sich derzeit für keinerlei Tätigkeit als arbeitsfähig.

A.c Die E.____ GmbH berichtete der IV-Stelle am 19. Januar 2009 (IV-act. 14), dass sie die Versicherte vom 1. November 2001 bis 30. April 2006 als Reinigungsmitarbeiterin in einem Pensum von 80-100 % beschäftigt habe. Im Jahr 2005 habe sie einen Lohn von Fr. 46'817.20 erzielt. Das Arbeitsverhältnis sei aus wirtschaftlichen Gründen aufgelöst worden.

A.d Dr. F.____ erklärte im Verlaufsbericht vom 16. Februar 2009 (IV-act. 16-1 ff.), dass sich die Versicherte nicht zu einer erneuten Knieoperation habe entschliessen können. Dr. D.____ kam aufgrund einer kreisärztlichen Untersuchung vom 25. April 2009 zum Schluss, dass durch eine operative Sanierung des linken (richtig wohl: rechten) Knies eine Linderung erreicht werden könne (Nachtrag zum kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 25. Mai 2009, IV-act. 21-12).

A.e Am 20. Mai 2009 fand ein Gespräch zwischen der Eingliederungsverantwortlichen der IV-Stelle und der Versicherten statt (IV-act. 24). Die Eingliederungsverantwortliche hielt im Protokoll fest, dass die Versicherte wiederholt ihre Schmerzen beschrieben und dargelegt habe, was sie nicht mehr könne. Die Frage, was sie heute noch gut machen



St.Galler Gerichte

könne, habe sie nicht beantwortet. Die Versicherte fühle sich zurzeit nicht in der Lage, eine Arbeitsstelle zu suchen und sei nicht motivierbar.

A.f Dr. med. G.____, Oberarzt Privatklinik H.____, berichtete am 17. Mai 2005 (richtig: 2009), dass sich die Versicherte vom 11. März bis 1. Mai 2009 bei ihm in ambulanter Behandlung befunden habe (IV-act. 21-20 f.). Als psychiatrische Diagnose gab er eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11) an. Am Anfang der Therapie habe die Versicherte einen sehr leidenden Eindruck gemacht und über Hoffnungs- und Hilflosigkeit, Schlafstörungen, Rückzugstendenz, Lebensmüdigkeit, unerträgliche Knieschmerzen rechts mit Ausstrahlung, Kopfschmerzen und Schwäche geklagt. Mittels der eingeleiteten medikamentösen Behandlung habe der Antrieb gesteigert und die Depression reduziert werden können. Die Versicherte habe das Medikament jedoch wegen zu starker Nebenwirkungen abgesetzt. Von einem harmonischen Familienleben sei sie weit entfernt; die Ehe sei sehr oberflächlich. Zudem habe sie den Verlust der Mutterrolle als sehr belastend erlebt. Dr. I.____, Neurologie FMH, Spital J.____, berichtete am 30. Juni 2009 (IV-act. 21-8 f.), dass die Versicherte an einem unspezifischen Kopfschmerz-Syndrom (DD: somatoformes Schmerzsyndrom bei Depression) leide. RAD-Ärztin Dr. K.____ erklärte in einer Stellungnahme vom 18. August 2009 (IV-act. 23), dass ein operativer Eingriff am rechten Knie aus orthopädischer Sicht indiziert und erfolgsversprechend sei. Bei der Diagnose einer depressiven Episode handle es sich um ein prinzipiell heilbares Leiden. Die psychiatrische Therapie sollte fortgesetzt werden. Der Gesundheitszustand müsse als instabil angesehen werden. Am 21. August 2009 wurde der Versicherten mitgeteilt, dass zurzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien (IV-act. 26).

A.g Am 30. Oktober 2009 fand die Abschlussuntersuchung durch Dr. D.____ statt (IV-act. 28-7 ff.). Er erklärte, dass weiterhin die medial betonten Knieschmerzen persistierten. Das (rechte) Knie sei stabil und die Beweglichkeit seitengleich gewesen. Wesentliche Schonungszeichen hätten sich nicht gefunden. Die Beschwerden seien teilweise im Rahmen der diffusen Schmerzsymptomatik mit Kopf- und Rückenschmerzen zu sehen. Daher sei eine Operationsindikation mit Zurückhaltung zu stellen. Eine Zunahme der gonarthrotischen Veränderungen sei nicht eingetreten, was bei einem relevanten intraartikulären Knieschaden anzunehmen wäre. Der Versicherten sei eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Arbeit ganztätig zuzumuten.



Tätigkeiten, die Zwangshaltungen wie Knien und Kauern, häufiges Steigen auf Leitern und Treppen sowie das Begehen von unebenem Gelände beinhalteten, seien ungeeignet. Dr. F. ___ berichtete der IV-Stelle am 23. November 2009 (IV-act. 28-1 ff.) über einen stationären Gesundheitszustand. Er sei mit der Suva-Beurteilung, wonach die Versicherte in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei, einverstanden. Ob die depressive Entwicklung einen zusätzlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe, könne er nicht beurteilen. Dr. C. ___ nannte in seinem Bericht vom 24. Februar 2010 (IV-act. 34-1 ff.) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine beginnende, symptomatische Varusgonarthrose rechts. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gab er rezidivierende Lumbalgien und postdistorsionelle Knieschmerzen links nach einem Sturz am 30. Dezember 2009 an. Körperlich belastende Tätigkeiten (im Reinigungsdienst) seien der Versicherten wegen Schmerzen im rechten Knie nicht mehr zumutbar. In einer knieschonenden Tätigkeit sei sie jedoch voll arbeitsfähig. Das Spital J. ___ berichtete am 17. August 2010 (IV-act. 43), dass die Versicherte an einer beginnenden femoropatellarbetonten Gonarthrose Knie rechts und einer beginnenden Gonarthrose Knie links leide. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit. Der neue Hausarzt, Dr. med. L. ___, Allgemeine Medizin, berichtete der IV-Stelle am 27. Oktober 2010 (IV-act. 47), dass die Versicherte aus körperlichen Gründen und aufgrund einer mittelschweren Depression seit dem 1. Oktober 2007 in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei. Dr. med. M. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, informierte die IV-Stelle am 5. Dezember 2010 (IV-act. 45), dass er aufgrund der einzelnen Konsultationen und der stereotypen Schmerzproblematik keine versicherungsmedizinische Einschätzung abgeben könne. Es müsse eine polydisziplinäre Begutachtung erfolgen.

A.h Vom 27. Juli bis 4. August 2010 war die Versicherte wegen Kopfschmerzen und verzerrtem Sehen in der medizinischen Klinik des Spitals J. ___ hospitalisiert (IV-act. 84-3 ff.). Die Klinik gab im Austrittsbericht vom 14. August 2010 an, dass die Versicherte an einem analgetikainduzierten Kopfschmerz (DD: somatoform, bei Myopie), an einer Ulcus duodeni (ED Juni 2010), an einer depressiven Entwicklung (ambulante psychiatrische Behandlung bei Dr. N. ___ wurde initiiert, bisher nicht erfolgt) und an einer beginnenden femoropatellar-betonten Gonarthrose beidseits (Langzeitanalgetika, V.a. Analgetikamissbrauch) leide. Die Klinik empfahl eine weitere ambulante psychiatrische Nachbetreuung sowie die Reevaluation einer antidepressiven



St.Galler Gerichte

medikamentösen Therapie. Dr. N.____ hielt im psychiatrischen Konsil fest, dass die Versicherte sich von ihren Kniebeschwerden sehr betroffen gezeigt habe, obwohl sie beim Weg ins Psychiatriebüro ein zügiges Gangbild gezeigt habe.

A.i Am 16. und 18. Mai 2011 wurde die Versicherte von der Medas Ostschweiz bidisziplinär (psychiatrisch und orthopädisch) untersucht (Gutachten vom 21. Juli 2011, IV-act. 56). Die Diagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit lauteten:

- Beidseitige Knieschmerzen bei klinisch unauffälligem Befund mit freiem Bewegungsausmass und radiologisch beginnenden degenerativen Veränderungen rechts > links;
- cervicolumbales Schmerzsyndrom seit 1 Jahr bei radiologisch leichten degenerativen Veränderungen;
- rezidivierende depressive Störung, beginnend chronifizierte Symptomatik in leicht- bis mittelgradiger Ausprägung;
- akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen Anteilen.

Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wurden angegeben:

- Gelegentliche Schmerzen an beiden Daumensattelgelenken ohne Funktionseinschränkung bei radiologisch beginnender Arthrose;
- anamnestisch Verdacht auf analgetikainduzierten Kopfschmerz, neurologisch und in der Bildgebung wiederholt unauffällig;
- chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren;
- Adipositas.

Die Versicherte gab anlässlich der Begutachtung an, dass sie seit dem Unfall am 28. November 2007 unter Schmerzen im rechten Knie leide. Seit ca. einem Jahr habe sie auch Schmerzen im linken Knie. Weil sie lange Zeit an Krücken gegangen sei, hätten



sich auch Schmerzen in den Daumengelenken entwickelt. In den letzten ein bis zwei Jahren seien Nacken- und LWS-Beschwerden hinzugekommen. Aufgrund der Schmerzen sei sie in jeglicher beruflicher Tätigkeit und auch in der Haushaltstätigkeit eingeschränkt. Sie könne praktisch gar keine Tätigkeit mehr verrichten. Dr. med. O.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie, erklärte, dass sich bei der Untersuchung beidseits reizlose Kniegelenke gefunden hätten. Die Versicherte habe einen diffusen retropatellaren Druckschmerz beidseits sowie einen Schmerz im Bereich des medialen Kompartiments links angegeben. Die Kniegelenksbeweglichkeit sei beidseits frei gewesen. Aktuell hätten sich keine Meniskuszeichen gezeigt. Bei symmetrischen Umfangsmassen seien keine Schonungszeichen an den unteren Extremitäten ersichtlich gewesen. Radiologisch hätten sich an beiden Kniegelenken im medialen Abschnitt beginnende degenerative Veränderungen rechts mehr als links feststellen lassen. Das MRI der LWS vom 12. März 2010 habe einen altersentsprechenden Befund gezeigt. Die aktuelle Untersuchung habe eine Druck- und Berührungsdolenz im Bereich der HWS und LWS mit endgradiger Bewegungseinschränkung offenbart. Radiologisch hätten sich im unteren HWS- und im unteren LWS-Abschnitt deutlich degenerative Veränderungen gezeigt. Wegen der beginnenden Arthrose im Bereich der Daumensattelgelenke sollte bei künftigen Tätigkeiten darauf geachtet werden, dass es sich um eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit handle. Der klinische Befund habe keine wesentliche Einschränkung der Funktionsfähigkeit gezeigt. Radiologisch habe beidseits eine beginnende Rhizarthrose vorgelegen. Aus somatischer Sicht sei der Versicherten die körperlich belastende Tätigkeit als Reinigungsfrau seit dem Unfallereignis am 28. November 2007 nicht mehr zumutbar. In einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Kniezwangspositionen und ohne Hocken, ohne Heben schwerer Gegenstände (über 10 kg) und ohne repetitives Leiter- und Treppensteigen sei die Versicherte aus somatischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig. Der Beginn der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit sei auf den September 2008 festzulegen (Austritt aus der Rehaklinik Bellikon). Zwischenzeitlich sei die Arbeitsfähigkeit durch einen Fehltritt am 23. Dezember 2009 und der anschliessenden Behandlung längerfristig wieder aufgehoben gewesen. Im Juni 2010 seien eine Kniepunktion links und eine Infiltration erfolgt. Spätestens ab dem Begutachtungszeitpunkt sei die Versicherte aus somatischer Sicht in einer adaptierten Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig gewesen. Aufgrund der geringen bis blanden-



klinisch objektivierbaren Symptomatik und aufgrund des komplexen Beschwerdebildes mit Schmerzausbreitung sollte von operativen Massnahmen eher abgesehen werden. Dr. med. P.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, befand, dass die Grundstimmung bei der Untersuchung leicht bedrückt und die affektive Modulationsfähigkeit leicht eingeschränkt gewesen sei. Der Antrieb sei allenfalls leicht vermindert gewesen und psychomotorisch habe die Versicherte zeitweilig leicht unruhig gewirkt. Im klinischen Gespräch seien leichte bis allenfalls zeitweilig mittelgradige Einschränkungen der Aufmerksamkeit, der Ausdauer und der Konzentrationsfähigkeit feststellbar gewesen. Die Stress- und Frustrationstoleranz sei leicht vermindert gewesen. Weiter hätten sich Hinweise auf akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen Anteilen, die leichtgradige Einschränkungen der sozialen Kompetenzen bewirkten, gefunden. In Bezug auf die Psychotherapiemotivation habe eine eher ambivalente Motivation bestanden. Betreffend Eingliederungsmassnahmen habe keine Motivation festgestellt werden können. Die Versicherte befinde sich seit wenigen Wochen bei Dr. med. Q.____ in psychiatrischer Behandlung. Das neue Antidepressivum Cipralex werde langsam eindosiert. Bei der jetzigen Tagesdosis könne noch keine stabile antidepressive Wirkung erwartet werden. Dr. P.____ gab in seiner Beurteilung an, dass sich zum Untersuchungszeitpunkt eine leicht bis mittelgradige depressive Symptomatik mit Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, Selbstzweifeln, Versagensängsten, Antriebsminderung, vermehrter Erschöpfbarkeit und verschiedenen somatischen Symptomen gefunden habe. Das Hauptsymptom seien jedoch diffuse und wohl beginnend chronifizierte Schmerzen gewesen. Die Schmerzsymptomatik habe bei der psychiatrischen Exploration eindeutig im Vordergrund gestanden. Es habe eine Schmerzausweitung stattgefunden und es habe ein dysfunktionales Krankheitsverhalten beobachtet werden können. Eine chronische psychiatrische Begleiterkrankung liege in Form der beginnend chronifizierten, leicht bis mittelgradigen depressiven Störung vor. Bei adäquater Behandlung sei eine gewisse Besserungstendenz, jedoch keine vollständige Remission, anzunehmen. Gemäss Dr. O.____ liege zudem eine schwerwiegende körperliche Erkrankung vor. Allenfalls bestehe ein teilweiser sozialer Rückzug. Die psychiatrische Symptomatik sei nicht als verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung zu interpretieren. Die



Ambivalenz bezüglich der Psychotherapiemotivation stehe nur zum Teil mit einer leicht eingeschränkten Krankheitseinsicht in Zusammenhang. Es bestehe ein hoher Krankheitsgewinn durch die Schmerzsymptomatik. Die Familienmitglieder akzeptierten das Krankheits-, Schon- und Vermeidungsverhalten der Versicherten. Auch müsse sie die frühere Arbeit als Reinigungskraft nicht mehr ausüben. Im Haushalt werde sie ebenfalls stark entlastet. Bei diesem sekundären Krankheitsgewinn müsse von einer Verdeutlichungstendenz ausgegangen werden. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung habe bisher in sehr niedriger Frequenz stattgefunden. Die Behandlungsmöglichkeiten seien nicht ausgeschöpft. Die Fortführung der neu begonnenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung inklusive einer neuen Eindosierung und Optimierung der antidepressiven Medikation sei dringend empfehlenswert. Zusammenfassend lägen die Foerster-Kriterien nur zum Teil vor. Der Versicherten sei die Aufwendung der zumutbaren Willensanstrengung möglich, um die Schmerzen zu überwinden und schrittweise zumindest zeitweise wieder in den Arbeitsprozess einzusteigen. Die Versicherte habe auch über gewisse Ressourcen berichtet. So erledige sie noch gewisse Arbeiten im Haushalt, gehe regelmässig mit dem Ehemann spazieren, mache auch längere Spaziergänge und pflege regelmässige Kontakte mit ihren Kindern und Bekannten. Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass leichte bis mittelgradige Einschränkungen der Aufmerksamkeit, der Konzentration, der Ausdauer, der Stress- und Frustrationstoleranz und der Umstellungs- und Anpassungsfähigkeit ausgewiesen seien. Zu beachten sei auch eine ganze Reihe von psychosozialen Belastungsfaktoren, die nicht in die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit miteinbezogen werden könnten: Migrationshintergrund, geringe Schulbildung, keine Berufsausbildung, sehr geringe Erfahrungen auf dem Arbeitsmarkt, erschwerte Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt, partnerschaftliche Spannungen, langjährige Überforderung als Mutter von vier Kindern und gleichzeitiger Berufstätigkeit sowie finanzielle Engpässe. In der angestammten Tätigkeit wie auch in einer adaptierten Tätigkeit bestehe seit März 2009, d.h. seit dem Beginn der ambulanten Behandlung in der Privatklinik H.____, aus rein psychiatrischer Sicht eine 30-40 %ige Arbeitsunfähigkeit. Unter adäquater Behandlung sei von einer gewissen Besserungstendenz auszugehen. Bei einer ideal adaptierten Tätigkeit handle es sich um eine einfache Tätigkeit, die keine besonders hohen Anforderungen an die Stress- und Frustrationstoleranz, die Konzentrationsfähigkeit und die Ausdauer stelle.



A.j Dr. K.____ hielt in einer Stellungnahme vom 8. September 2011 fest (IV-act. 57), dass das Medas-Gutachten sorgfältig erstellt, umfassend und in seinen Schlussfolgerungen vollumfänglich nachvollziehbar sei. Die tiefe Selbsteinschätzung im PACT-Test, die subjektive Krankheitsüberzeugung, der sekundäre Krankheitsgewinn durch die familiäre Fürsorge und die psychosozialen Belastungsfaktoren wiesen auf ein suboptimales Leistungsverhalten bzw. auf relevante Inkonsistenzen hin.

A.k Mit Vorbescheid vom 22. September 2011 (IV-act. 60) kündigte die IV-Stelle der Versicherten bei einem IV-Grad von 33 % die Abweisung des Rentengesuches an. Zur Begründung brachte sie vor, dass die Versicherte aus somatischer Sicht in einer adaptierten Tätigkeit voll arbeitsfähig sei. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit ab März 2009 durchschnittlich um 35 % reduziert gewesen. Gemäss dem Entscheid UV 2010/18 sei dem Einkommensvergleich ein Valideneinkommen von Fr. 49'709.-- zugrunde zu legen (Einkommen als Reinigungsfrau im Jahr 2009). Das Invalideneinkommen sei auf Fr. 33'389.-- festzusetzen. Dagegen wendete die Versicherte am 24. Oktober 2011 ein (IV-act. 62), dass sie als Folge des Unfalles im November 2007 täglich unter Schmerzen in beiden Knien, in den Hüften, im Kreuz, im Rücken, im Nacken und im Kopf leide. Die Schmerzen, der Verlust der Arbeitsfähigkeit, der Einkommensverlust und die Unmöglichkeit, im Haushalt tätig zu sein sowie die soziale Abwertung hätten Depressionen ausgelöst.

A.l Mit Verfügung vom 4. November 2011 (IV-act. 63) wies die IV-Stelle das Rentengesuch aus den im Vorbescheid angegebenen Gründen ab. Zu den Einwänden erklärte sie, dass keine neuen medizinisch objektivierbaren wesentlichen Änderungen der Befunde oder Symptome vorgebracht worden seien.

A.m Dr. L.____ berichtete der IV-Stelle am 14. November 2011 (IV-act. 65; ausgestellt am 2. November 2011), dass die Medas-Gutachter die Arbeitsfähigkeit zu hoch eingeschätzt hätten. Die Arbeitsunfähigkeit sei durch die mindestens mittelschwere Depression und die somatischen Beeinträchtigungen (Wirbelsäule, Knie, Kopfschmerzen) hinreichend begründet.

B.



St.Galler Gerichte

B.a Am 30. November 2011 (IV-act. 67) teilte die Versicherte der IV-Stelle mit, dass sie mit dem Rentenentscheid nicht einverstanden sei. Sie bat darum, weitere ärztliche Berichte einzuholen. Mit Schreiben vom 6. Dezember 2011 (IV-act. 68) erklärte die IV-Stelle der Versicherten, dass sie gegen die Rentenverfügung beim Versicherungsgericht Beschwerde erheben könne. Am 22. Dezember 2011 (IV-act. 69) teilte die Versicherte der IV-Stelle erneut mit, dass sie mit dem Rentenentscheid nicht einverstanden sei. Am 28. Dezember 2011 (IV-act. 70) informierte die IV-Stelle die Versicherte noch einmal darüber, dass sie die Verfügung anfechten könne.

B.b Am 17. Januar 2012 reichte die Versicherte weitere medizinische Berichte ein (IV-act. 71). Dr. med. R. ___ von der Klinik S. ___ hatte am 28. Dezember 2010 einen Verdacht auf ein analgetikainduziertes Kopfwegh diagnostiziert (Erstdiagnose vom 17. Dezember 2010: V.a. Medikamentenübergebrauchskopfschmerz durch NSAR, siehe IV-act. 77-7 ff.). Unter „andere Diagnosen“ gab Dr. R. ___ u.a. eine schwere anhaltende depressive Episode an. Dr. R. ___ hatte der Versicherten eine stationäre Entzugsbehandlung vorgeschlagen. Am 21. Januar 2011 hatte eine Kontrolluntersuchung stattgefunden. Dr. R. ___ hatte angegeben, dass die Versicherte im Kontakt deutlich offener und aufgehellter gewirkt habe. Sie leide weiterhin täglich unter Kopfschmerzen. Eine psychiatrische Betreuung bestehe weiterhin nicht. Der Schlaf habe sich unter Seroquel verbessert, die Versicherte klagte jedoch über ein Gefühl des Herzdrucks nach der Einnahme. Aufgrund einer Kontrolluntersuchung vom 17. März 2011 hatte Dr. R. ___ erklärt, dass die Versicherte weiterhin weder psychiatrisch noch medikamentös behandelt werde. Einen stationären Aufenthalt wolle sie nicht absolvieren, weil sie andere psychiatrische Patienten nicht ertragen könne. Es werde deshalb eine ambulante Versorgung organisiert. Nach der nächsten Kontrolle vom 9. September 2011 hatte Dr. R. ___ berichtet, dass die Versicherte nach abgeschlossener Behandlung bei Dr. Q. ___ nun mit Cipralext (10 mg/d) eingestellt sei. Die Stimmung und der Antrieb hätten sich unter der Medikation um 40 % verbessert. Die Versicherte sei insgesamt deutlich aktiver und sehe mehr Perspektiven. Sie konsumiere weiterhin täglich drei Dafalgan und habe weiterhin täglich Kopfschmerzen. Ein Entzug stehe im Vordergrund. Da die Versicherte psychisch noch etwas stabilisiert werden sollte, werde das Cipralext auf 20 mg/d erhöht. Dr. med. T. ___ von der Klinik S. ___ hatte am 25. November 2011 berichtet, dass die Affektivität etwas gebessert sei. Unter 30 mg Cipralext/d habe die Versicherte jedoch bereits ein Engegefühl mit z.T.



Luftnot entwickelt, weshalb eine Reduktion auf 20 mg/d vereinbart worden sei. Die Kopfwehrsituation habe sich leicht gebessert, die Versicherte nehme aber weiterhin täglich Dafalgan ein. Da der Antrieb gebessert sei, die Schmerzen die Versicherte aber an regelmässigen Bewegungen und Aktivität hemmten, falle sie oft in ein Stimmungstief zurück. Dr. T.____ hatte die Wiederaufnahme einer psychiatrisch-psychologischen Betreuung empfohlen. Dr. med. U.____, Leitender Arzt Chirurgische Klinik Orthopädie des Spital J.____, hatte am 13. Januar 2012 berichtet, dass die Versicherte an einer beginnenden femoropatellar-betonten Gonarthrose bds., einem lumbovertebralen Schmerzsyndrom und an einer schweren depressiven Verstimmung leide. Aus orthopädischer Sicht sei momentan kein weiteres operatives Vorgehen indiziert. Er denke, dass die Versicherte wegen den diversen Beschwerden nicht mehr zu 100 % arbeitsfähig sei. Aufgrund der Komplexität des Falles sei für eine objektive und umfassende Beurteilung eine Begutachtung nötig.

B.c Am 18. Januar 2012 (IV-act. 72) informierte die IV-Stelle die Versicherte darüber, dass sie das Schreiben vom 30. November 2011 als Neuanmeldung behandle. Sie forderte die Versicherte auf, Unterlagen einzureichen, die eine relevante Veränderung der Verhältnisse belegten.

B.d Am 1. Februar 2012 ging bei der IV-Stelle ein Bericht vom 9. Dezember 2011 von Dr. med. V.____, Pneumologie FMH, Allergologie und Immunologie FMH und Innere Medizin FMH, ein (IV-act. 75-2 f.). Als Diagnosen hatte er eine bronchiale Hyperreaktivität und eine chronische Rhinitis diagnostiziert. Die Versicherte habe angegeben, dass sie seit dem Herbst/Winter vor allem nachts an anhaltenden Atemnotbeschwerden leide. Die Beschwerden seien erstmals nach Beginn der Behandlung mit Remeron vor ca. einem Jahr aufgetreten. Auch beim Putzen der Wohnung mit Staubaufwirbelung leide sie vermehrt unter Atemnot.

B.e Am 3. Februar 2012 liess die inzwischen anwaltlich vertretene Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) beim Gericht eine Beschwerde(-ergänzung) einreichen (act. G 1). Ihr Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der Verfügung und die Zusprache einer ganzen IV-Rente ab spätestens November 2008. Zur Begründung führte er an, dass die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) das Schreiben vom 30. November 2011 als Beschwerde dem Versicherungsgericht hätte weiterleiten



müssen. Die Beschwerde sei deshalb rechtzeitig erfolgt. Die Beschwerdeführerin könne auch keine leidensangepasste Tätigkeit ausüben, weshalb sie Anspruch auf eine ganze IV-Rente habe. Der Rechtsvertreter bat um eine Frist zur nochmaligen Beschwerdeergänzung. Der Beschwerdeergänzung lag u.a. ein Untersuchungsbericht der Rheumatologie des Spitals J.____ vom 6. Januar 2012 bei (IV-act. 90-29 ff.). Der Leitende Arzt hatte darin festgehalten, dass eine entzündlich-rheumatische Systemerkrankung ausgeschlossen werden könne. Die Beschwerdeführerin sei an einem chronischen Schmerzsyndrom erkrankt, welches sich inzwischen von anatomisch definierten Strukturen bzw. von den zweifellos bestehenden einzelnen degenerativen Veränderungen der Gelenke „losgelöst“ habe. Gleichzeitig bestehe, ohne über Kausalitäten zu spekulieren, aus seiner Sicht momentan eine schwere Depression.

B.f Innet Frist reichte der Rechtsvertreter am 28. Februar 2012 die zweite Beschwerdeergänzung ein (act. G 7). In Abänderung resp. Ergänzung der gestellten Rechtsbegehren beantragte er die Zusprache einer ganzen IV-Rente spätestens ab Juni 2009; eventualiter sei die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung machte er geltend, dass das Valideneinkommen, angepasst an den Nominallohn bis 2011, Fr. 50'890.30 betrage. In somatischer Hinsicht bestehe gemäss dem UV-Urteil des Versicherungsgerichts vom 11. Januar 2011 ein IV-Grad von 11 %. Zudem leide die Beschwerdeführerin an psychischen Störungen. Der psychiatrische Gutachter habe die Arbeitsfähigkeit auf 30-40 % geschätzt. Da der genaue Arbeitsunfähigkeitsgrad unklar sei, müsse ein Obergutachten in Auftrag gegeben werden. Dem psychiatrischen Gutachter hätten ausserdem die Berichte der Klinik S.____, die eine schwere anhaltende depressive Episode diagnostiziert habe, nicht vorgelegen. Das Medas-Gutachten sei also auch nicht vollständig. Für die Arbeitsfähigkeitsschätzung sei es sehr entscheidend, ob eine leichte bis mittelgradige oder eine schwere anhaltende depressive Episode vorliege. Weiter hätten die Medas-Gutachter die nächtlichen Atembeschwerden unberücksichtigt gelassen. Auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Medas könne deshalb nicht abgestellt werden. Die Beschwerdeführerin sei in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig.



B.g Die Beschwerdegegnerin beantragte am 29. März 2012 (act. G 9) die Abweisung der Beschwerde. Der Argumentation des Rechtsvertreters hielt sie entgegen, dass die Kopfschmerzen nicht objektivierbar seien. Weiter sei die Diagnose einer schweren depressiven Episode nicht von einem Psychiater gestellt worden. Auch enthalte der Bericht der Klinik S.____ keine Arbeitsfähigkeitseinschätzung. Sodann habe die Beschwerdeführerin bei der Begutachtung keine Atem- oder Lungenbeschwerden geltend gemacht, was gegen das Vorliegen von invalidisierenden pulmonalen Beschwerden spreche. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung des psychiatrischen Gutachters stehe nicht im Einklang mit der Rechtsprechung des Bundesgerichts. Praxisgemäss seien leicht- bis mittelgradige depressive Episoden in der Regel nicht invalidisierend, weil kein von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbarer verselbständigter und pathologischer Gesundheitsschaden vorliege. Bei der depressiven Episode handle es sich lediglich um eine reaktive Begleiterscheinung zur Schmerzstörung. Auch lägen keine anderen Faktoren, welche die zumutbare Willensanstrengung für die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit behindern könnten, in der notwendigen Intensität vor. Rechtsprechungsgemäss sei deshalb aus psychiatrischer Sicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die Beschwerdeführerin habe im Jahr 2005 ein Einkommen von Fr. 46'817.-- erzielt. Das durchschnittliche Einkommen einer Hilfsarbeiterin habe im Jahr 2005 Fr. 49'120.-- betragen. Da das durchschnittliche Einkommen einer Hilfsarbeiterin im Jahr 2005 somit höher gewesen sei als das tatsächlich erzielte Einkommen, seien die Fr. 49'120.-- im Sinne der Rechtsprechung bis zu einer positiven Differenz von 5 % zum Valideneinkommen zu kürzen. Da die Beschwerdeführerin nur noch leichte Hilfstätigkeiten ausüben könne, sei ein Leidensabzug von 10 % angemessen. Das Invalideneinkommen betrage folglich Fr. 44'242.-- und der IV-Grad 5 %.

B.h In seiner Replik vom 30. April 2012 (act. G 13) bemängelte der Rechtsvertreter, dass kein Allgemeinmediziner in die Begutachtung einbezogen worden sei.

B.i Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik.

B.j Am 18. Juni 2012 (act. G 16) reichte der Rechtsvertreter einen Bericht von Dr. L.____ vom 2. Juni 2012 (act. G 16.1) ein. Dr. L.____ hatte erklärt, dass der Gesundheitszustand durch die chronischen Schmerzen und die mittelschwere



St.Galler Gerichte

Depression mit Erschöpfung wechselhaft sei. Am 5. November 2013 (act. G 18) reichte der Rechtsvertreter Berichte des Spitals J.____ vom 10. April 2013 und 15. Oktober 2013 (act. G 18.1 und 18.2) sowie ein ärztliches Zeugnis von Dr. L.____ vom 25. Oktober 2013 ein (act. G 18.3).

B.k Am 15. Mai 2014 (act. G 20) forderte das Gericht die Parteien auf, Stellung zur Rechtzeitigkeit der Beschwerdeerhebung zu nehmen. Der Rechtsvertreter hielt in seiner Stellungnahme vom 23. Mai 2015 fest, dass auf die Beschwerde eingetreten werden müsse (act. G 21)

B.l Am 4. Juni 2014 (act. G 22) reichte der Rechtsvertreter einen Bericht von Dr. phil. W.____, Fachpsychologin FSP, vom 24. April 2014, ein (act. G 22.1).

B.m Mit Entscheid vom 26. Februar 2015 trat das Versicherungsgericht mit der Begründung, die Beschwerdeführerin habe nicht rechtzeitig Beschwerde erhoben, nicht auf die Beschwerde ein (Entscheid IV 2012/58). Gegen diesen Entscheid erhob der Rechtsvertreter am 27. März 2015 Beschwerde beim Bundesgericht.

B.n Mit Urteil vom 21. September 2015 (9C_211/2015) hiess das Bundesgericht die Beschwerde gut, hob den Entscheid des Versicherungsgerichts vom 26. Februar 2015 auf und wies die Sache zur materiellen Behandlung an das Versicherungsgericht zurück.

Erwägungen

1.

1.1 Das Bundesgericht hat den Nichteintretensentscheid des Versicherungsgerichts vom 26. Februar 2015 mit Urteil vom 21. September 2015 aufgehoben und die Sache zur materiellen Behandlung an das Versicherungsgericht zurückgewiesen.

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist somit die Verfügung vom 4. November 2011, mit welcher die Beschwerdegegnerin das Rentengesuch der Beschwerdeführerin abgelehnt hat. 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 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 Zunächst ist zu prüfen, ob bzw. in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. In somatischer Hinsicht hat die Beschwerdeführerin insbesondere geltend gemacht, an Knieschmerzen, an Schmerzen



St.Galler Gerichte

in den Daumengelenken, im Nacken, in der Lendenwirbelsäule und an Kopfschmerzen zu leiden. Die somatische Medas-Gutachterin Dr. O.____ (orthopädische Chirurgin) hat erklärt, dass der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als Reinigungsfrau seit dem Unfallereignis vom 28. November 2007 nicht mehr zumutbar sei. Diese Einschätzung ist unbestritten und aufgrund der nachgewiesenen beginnenden degenerativen Veränderungen in beiden Kniegelenken, den degenerativen Veränderungen in der HWS und LWS und der beginnenden Arthrose im Bereich der Daumensattelgelenke einleuchtend. Die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit hat Dr. O.____ in somatischer Hinsicht auf 100 % geschätzt. Dabei müsse es sich um eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Kniezwangspositionen, ohne Hocken und ohne repetitives Leiter- und Treppensteigen handeln. Diese Einschätzung stimmt mit jenen der Rehaklinik Bellikon vom 5. September 2008 (IV-act. 16-13 ff.), des Suva-Kreisarztes vom 30. Oktober 2009 (IV-act. 28-7 ff.) und des damaligen Hausarztes Dr. F.____ vom 23. November 2009 (IV-act. 28-1 ff.) grundsätzlich überein. Eine Abweichung ergibt sich lediglich bei der Umschreibung einer adaptierten Tätigkeit. Die Rehaklinik Bellikon und der Suva-Kreisarzt sind nämlich davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin auch in einer mittelschweren Tätigkeit noch zu 100 % arbeitsfähig ist. Dies ist dadurch erklärbar, dass zum Zeitpunkt der Arbeitsfähigkeitsschätzungen der Rehaklinik und des Suva-Kreisarztes noch keine HWS-, LWS- und Daumensattelgelenksbeschwerden bekannt gewesen sind. Dr. L.____, der auf Dr. F.____ folgende Hausarzt, hat sich mit der Einschätzung von Dr. O.____ nicht einverstanden gezeigt und erklärt, dass die Beschwerdeführerin wegen ihrer physischen und psychischen Beeinträchtigungen in allen Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig sei. Diese Einschätzung überzeugt jedoch nicht. Denn aus den Berichten von Dr. L.____ geht hervor, dass seine Arbeitsfähigkeitsschätzung hauptsächlich auf den Angaben der Beschwerdeführerin und den von ihr präsentierten körperlichen Einschränkungen basiert. So hat er in seinem Bericht vom 27. Oktober 2010 (IV-act. 47) beispielsweise angegeben, dass der Zehengang kaum möglich sei und die Beschwerdeführerin nur noch wie eine 90-Jährige aufstehen könne. Inwieweit die geltend gemachten Beschwerden auch somatisch nachvollziehbar sind, hat Dr. L.____ nicht erläutert. Dies wäre gerade im vorliegenden Fall, in dem bereits die Rehaklinik Bellikon im August/September 2009 eine erhebliche Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz bei den physischen Leistungstests festgestellt hatte, unabdingbar



gewesen. Aus orthopädischer Sicht ist die Beschwerdeführerin somit ab dem Austritt aus der Rehaklinik Bellikon im September 2008 in einer adaptierten Tätigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu 100 % arbeitsfähig gewesen. Zu prüfen bleibt, ob die Beschwerdeführerin wegen des Fehltritts im Dezember 2009 – wie von Dr. O.____ angegeben – längerfristig arbeitsunfähig gewesen ist. Dr. C.____ hat aufgrund einer Untersuchung am 22. Februar 2010 erklärt, dass die durch den Sturz ausgelösten Knieschmerzen links keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten (IV-act. 34). Die Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) hat am 28. Mai 2010 reizlose Kniegelenke beidseits ohne Gelenkserguss festgestellt (IV-act. 47-5 f.). Es ist daher davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin wegen des Fehltritts im Dezember 2009 in einer adaptierten Tätigkeit nur kurzfristig arbeitsunfähig gewesen ist. Daran ändert nichts, dass Dr. U.____ am 25. Juni 2010 wegen eines leichten Ergusses eine Kniegelenkspunktion links vorgenommen hat (IV-act. 47-15). Zum einen muss davon ausgegangen werden, dass der Gelenkserguss erst nach der Untersuchung durch Dr. C.____ und das KSSG entstanden ist, da diese keinen Erguss haben feststellen können. Zum anderen hat Dr. U.____ auch nicht angegeben, dass die Beschwerdeführerin durch diesen Gelenkserguss in der Ausübung einer knieschonenden Tätigkeit längerdauernd eingeschränkt gewesen wäre.

2.2 Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat bemängelt, dass die Beschwerdeführerin nicht zusätzlich von einem Allgemeinmediziner begutachtet worden ist. Die Begutachtung hat im Mai 2011 stattgefunden. Das Bundesgericht hat mit dem Entscheid BGE 137 V 210 seine Rechtsprechung zum Verfahren bei Administrativgutachten geändert. Dieses Urteil ist jedoch erst nach der Medas-Begutachtung, nämlich am 28. Juni 2011, ergangen. Das Bundesgericht hat in der Entscheidungsbegründung festgehalten, dass nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten ihren Beweiswert nicht per se verlören. Vielmehr sei im Rahmen einer gesamten Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob das Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen im angefochtenen Entscheid vor Bundesrecht standhalte (Erw. 6). Die Beschwerdeführerin hat vor und anlässlich der Begutachtung in somatischer Hinsicht hauptsächlich Knieschmerzen, Daumengelenksschmerzen, Nacken- und LWS-Beschwerden sowie Kopfschmerzen beklagt. Aufgrund des Beschwerdebildes ist es vertretbar gewesen, die Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht nur durch eine



orthopädische Fachperson und nicht zusätzlich noch durch einen Allgemeinmediziner begutachten zu lassen.

2.3 Der Rechtsvertreter hat weiter moniert, dass Dr. O.____ die Berichte der Klinik S.____ aus dem Jahr 2011 nicht vorgelegen hätten. Dr. O.____ hat – wie die Klinik S.____ – als Diagnose (anamnestisch) den Verdacht auf einen analgetikainduzierten Kopfschmerz, neurologisch und in der Bildgebung wiederholt unauffällig, angegeben. Dem Kopfschmerz hat sie keinen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen. Dr. O.____ hat bei der Begutachtung der Bericht des Neurologen Dr. I.____ vom Spital J.____ vom 30. Juni 2009 (IV-act. 21- 8 f.) vorgelegen. Dieser hatte ein unspezifisches Kopfschmerzsyndrom (DD: somatoformes Schmerzsyndrom bei Depression) diagnostiziert. Laut dem Bericht waren der neurologische Befund regelrecht und das Schädel-CT unauffällig gewesen. Zudem hat Dr. O.____ Kenntnis des Austrittsberichts des Spitals J.____ vom 14. August 2010 gehabt, laut dem die Beschwerdeführerin an einem analgetikainduzierten Kopfschmerz (DD: Somatoform) leide (IV-act. 84-3 ff.). Auch die Klinik S.____ hat als Diagnose einen Verdacht auf ein analgetikainduziertes Kopfweg angegeben. Die Berichte der Klinik S.____ haben also keine weiterführenden Erkenntnisse als die bisherigen Berichte enthalten. Dass Dr. O.____ bei der Begutachtung die Berichte der Klinik S.____ nicht vorgelegen haben, schmälert daher den Beweiswert des Gutachtens nicht.

2.4 Der Rechtsvertreter hat ausserdem argumentiert, dass die nächtlichen Atemnotbeschwerden im Gutachten nicht berücksichtigt worden seien. Die Beschwerdeführerin hat gegenüber Dr. V.____ am 9. Dezember 2011 (IV-act. 75-2 f.) angegeben, dass sie seit dem Herbst/Winter vor allem nachts an anhaltenden Atemnotbeschwerden leide. Diese Beschwerden seien erstmals vor ca. einem Jahr aufgetreten. Auch beim Putzen der Wohnung mit Staubaufwirbelung leide sie vermehrt an Atemnot. Dr. V.____ hat eine chronische Nasenschleimhautentzündung und eine bronchiale Hyperaktivität (Überempfindlichkeit der Bronchien gegenüber einem Reiz) diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin hat die Atemnotbeschwerden anlässlich der Begutachtung im Mai 2011 unerwähnt gelassen. Es ist deshalb davon auszugehen, dass diese sie im Alltag zumindest bis zum Begutachtungszeitpunkt nicht wesentlich belastet haben. Fraglich ist, ob sich die Atemnotbeschwerden im Herbst/Winter 2011 derart verstärkt haben, dass sie ab diesem Zeitpunkt einen Einfluss auf die



Arbeitsfähigkeit gehabt haben könnten. Die Beschwerdeführerin ist von ihrem Hausarzt Dr. L.____ an Dr. V.____ überwiesen worden. Dr. L.____ hat somit von den Atemnotbeschwerden Kenntnis gehabt. In seinem Bericht vom 2. November 2011 – d.h. zwei Tage vor Verfügungserlass – hat er noch einmal auf die seines Erachtens invalidisierenden Gesundheitsbeeinträchtigungen der Beschwerdeführerin hingewiesen (IV-act. 65). Atemnotbeschwerden hat er dabei nicht erwähnt. Es ist daher mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Atemnotbeschwerden zumindest im Zeitpunkt des Verfügungserlasses keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gehabt haben.

2.5 Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht in ihrer angestammten Tätigkeit als Reinigungsfrau seit dem Unfallereignis im November 2007 vollständig arbeitsunfähig ist. In einer körperlich adaptierten Tätigkeit ist sie spätestens seit Oktober 2008 (mit vorübergehendem Einbruch nach Fehltritt im Dezember 2009) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu 100 % arbeitsfähig.

2.6 Bleibt noch zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin aus psychischen Gründen in ihrer Arbeitsfähigkeit relevant eingeschränkt ist. Der psychiatrische Medas-Sachverständige Dr. P.____ hat unter anderem eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert, dieser jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen, da die nach der alten, bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu prüfenden Foerster-Kriterien nur zum Teil vorlägen. Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine Rechtsprechung zur Frage, ob eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbares psychosomatisches Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, geändert. Die bisherige Vermutung, dass der versicherten Person eine Willensanstrengung zuzumuten sei, mit welcher die Folgen einer somatoformen Schmerzstörung überwunden werden könnten, wurde mit dieser Entscheid aufgegeben (vgl. Erw. 3.3.1 und Erw. 3.6). Neu hat eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung anhand eines Kataloges von Indikatoren des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen (Erw. 3.6). Die Handhabung des Katalogs muss stets den Umständen des Einzelfalls gerecht werden; es handelt sich nicht um eine "abhakbare Checkliste" (Erw. 4.4.1). Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren sind (Erw. 4.1-4.4):



St.Galler Gerichte

1. Funktioneller Schweregrad:

- Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome;
- Behandlungserfolg oder -resistenz;
- Komorbiditäten;
- "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsentwicklung und-struktur, grundlegende psychische Funktionen);
- sozialer Kontext.

2. Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens):

- Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (sozialer Rückzug, Ressourcen);
- Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen;
- Verhalten im Rahmen der beruflichen (Selbst-)Eingliederung.

Der rechtliche Anforderungskatalog beschränkt sich auf einen Grundbestand von normativ massgeblichen Gesichtspunkten. Innerhalb dieses Rahmens muss die Begutachtungspraxis durch konkretisierende Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften angeleitet werden (Erw. 5.1.2). Nach dem alten Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren aber nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In jedem einzelnen Fall ist zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (Erw. 8). Nachfolgend ist somit zu prüfen, ob das Gutachten von Dr. P.____ mit Bezug auf die Diagnose einer chronischen



Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren nach der Rechtsprechungsänderung eine schlüssige Beurteilung im Lichte der aufgezählten Indikatoren erlaubt oder nicht. Die Beschwerdeführerin selbst hat angegeben, in allen Alltagsfunktionen praktisch gänzlich eingeschränkt zu sein. Gegenüber dem psychiatrischen Gutachter hat sie angegeben, lediglich noch mit der Familie spazieren und einkaufen zu gehen; manchmal könne sie nicht einmal selber den Kaffee zubereiten (siehe IV-act. 56-30 f.). Inwieweit die Beschwerdeführerin aufgrund der geltend gemachten, nicht objektivierbaren Schmerzen bei der Ausübung der Alltagsfunktionen jedoch tatsächlich eingeschränkt ist, ist aufgrund der erheblichen Symptomausweitung bzw. des dysfunktionalen Verhaltens nicht erhebbar. Auffallend ist, dass Dr. O.____ an den unteren Extremitäten bei symmetrischen Umfangmassen keine Schonungszeichen hat feststellen können. Und laut dem Bericht von Dr. V.____ vom 9. Dezember 2011 erledigt die Beschwerdeführerin zumindest noch teilweise Putzarbeiten in der Wohnung. Weiter hat sich die Beschwerdeführerin bisher keiner adäquaten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung unterzogen: Vom 11. März bis 1. Mai 2009 ist sie bei Dr. G.____ in Behandlung gewesen. Ihre erste Sitzung bei Dr. M.____ hat sie erst fast ein Jahr später, am 1. März 2010, gehabt. Dr. M.____ hat am 5. Dezember 2010 berichtet, dass bei ihm nur einzelne Konsultationen stattgefunden hätten. Ab ca. Mai 2011 hat sich die Beschwerdeführerin bei Dr. Q.____ in therapeutischer Behandlung befunden, wobei die Therapie offenbar bereits im September 2011 wieder beendet worden war. Bis zum Begutachtungstermin hat die Beschwerdeführerin zudem nur jeweils über kurze Zeiträume hinweg eine antidepressive Medikation eingenommen. Gemäss Dr. P.____ steht die ambivalente Motivation für eine Psychotherapie nur zum Teil mit einer leicht eingeschränkten Krankheitseinsicht in Zusammenhang; durch die Schmerzsymptomatik bestehe ein hoher sekundärer Krankheitsgewinn. Die Schlussfolgerung von Dr. P.____, dass die Behandlungsmöglichkeiten noch nicht ausgeschöpft seien und bei adäquater Behandlung mit einer gewissen Besserung gerechnet werden könne, ist vor diesem Hintergrund einleuchtend. Als physische Komorbiditäten sind die beginnenden degenerativen Veränderungen in beiden Knien und die degenerativen Veränderungen in der HWS- und LWS-Gegend zu nennen, wobei diese Befunde nicht als erheblich qualifiziert werden können. In psychischer Hinsicht ist eine rezidivierende depressive Störung, beginnend chronifizierte Symptomatik in leicht- bis mittelgradiger Ausprägung



zu berücksichtigen. Im Rahmen der Persönlichkeitsdiagnostik sind ausserdem die von Dr. P.____ festgestellten akzentuierten Persönlichkeitszüge mit histrionischen Anteilen zu beachten. Im sozialen Kontext hat Dr. P.____ darauf hingewiesen, dass eine ganze Reihe von psychosozialen Belastungsfaktoren vorliege. Zudem verfüge die Beschwerdeführerin auch über gewisse Ressourcen. So erledige sie noch gewisse Haushaltsarbeiten, gehe regelmässig spazieren und pflege Kontakte mit ihren Kindern und Bekannten. Es könne deshalb nur von einem allenfalls teilweisen sozialen Rückzug gesprochen werden. Wie bereits erwähnt, hat die Beschwerdeführerin bisher keine adäquate psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen, obwohl diverse untersuchende Ärzte auf deren dringende Notwendigkeit hingewiesen haben. Auch eine Motivation zur beruflichen Wiedereingliederung ist während des gesamten Verwaltungsverfahrens nie erkennbar gewesen. Die fehlende Motivation ist gemäss Dr. P.____ auch auf den sekundären Krankheitsgewinn zurückzuführen. Zusammengefasst ist festzuhalten, dass der diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren angesichts der erheblichen Symptomausweitung bzw. des dysfunktionalen Verhaltens, der bisher ungenügenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, der Besserungsmöglichkeit durch eine adäquate Psychotherapie, der vorhandenen Ressourcen, der fehlenden Motivation zur Psychotherapie und beruflichen Wiedereingliederung – im Übereinstimmung mit Dr. P.____ – kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen werden kann.

2.7 Dr. P.____ hat der Beschwerdeführerin allerdings aufgrund der von ihm festgestellten rezidivierenden depressiven Störung mit beginnend chronifizierter Symptomatik in leichter bis mittelgradiger Ausprägung und aufgrund von akzentuierten Persönlichkeitszügen mit histrionischen Anteilen in der angestammten wie auch in einer adaptierten Tätigkeit ab März 2009 eine 30-40 %ige Arbeitsunfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht attestiert. Begründet hat er die Arbeitsunfähigkeit mit Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, Selbstzweifeln, Versagensängsten, Antriebsminderung, vermehrter Erschöpfbarkeit und verschiedenen somatischen Symptomen. Dr. P.____ hat in seiner Beurteilung alle aus Sicht eines medizinischen Laien relevanten Aspekte berücksichtigt. So hat er insbesondere auch darauf hingewiesen, dass bisher keine genügende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung stattgefunden habe, dass die derzeitige antidepressive Medikation optimiert werden müsse, dass ein hoher sekundärer Krankheitsgewinn bestehe, dass



die Psychotherapiemotivation eingeschränkt sei, dass keine Motivation zur beruflichen Eingliederung vorhanden sei und dass viele psychosoziale Belastungsfaktoren vorlägen, die nicht in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einbezogen werden dürften. In Anbetracht der erhobenen Befunde erscheint die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 30-40 % zwar als eher hoch. Da die Einschätzung von Dr. P.____ jedoch auf einer umfassenden und überzeugenden Beurteilung basiert, ist auf diese abzustellen.

2.8 Der Rechtsvertreter hat bemängelt, dass Dr. P.____ die Berichte der Klinik S.____, wonach die Beschwerdeführerin an einer schweren anhaltenden depressiven Episode leide, nicht vorgelegen hätten. Dr. P.____ hat tatsächlich keine Kenntnis dieser Berichte gehabt. Es ist jedoch davon auszugehen, dass er auch in Kenntnis dieser Berichte keine andere Diagnose gestellt hätte. Denn einerseits ist den Berichten nicht zu entnehmen, gestützt auf welche klinischen Befunde die Diagnose gestellt worden ist. Damit lässt sich auch nicht erkennen, ob die Diagnose nachvollziehbar ist oder nicht. Andererseits ist die Diagnose nicht von einem Psychiater gestellt worden. Gerade bei psychiatrischen Erkrankungen, bei denen es sich um innerseelische Vorgänge handelt, ist es wichtig, dass die diagnosestellende Arztperson über psychiatrisches Fachwissen verfügt. Hinzu kommt, dass die Klinik S.____ keine Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben hat. Der Rechtsvertreter hat ausserdem darauf hingewiesen, dass auch das Spital J.____ am 29. November 2011 (IV-act. 71-3) eine schwere anhaltende depressive Episode diagnostiziert habe. Hierzu ist anzumerken, dass das Spital J.____ lediglich die Diagnose einer schweren depressiven Verstimmung angegeben hat. Auch diese Diagnose ist nicht von einer psychiatrischen Fachperson gestellt worden und es fehlen die dazugehörigen klinischen Befunde sowie eine Arbeitsfähigkeitsschätzung. Die Diagnosen der Klinik S.____ und des Spitals J.____ sind somit nicht geeignet, die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. P.____ in Zweifel zu ziehen.

2.9 Der Rechtsvertreter hat weiter argumentiert, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung von 30-40 % zu ungenau sei. Bei den medizinischen Angaben zur Arbeitsfähigkeit handelt es sich um Näherungswerte, da die Arbeitsfähigkeit nicht messbar, sondern nur schätzbar, ist. Eine Arbeitsfähigkeitsschätzung ist daher nicht schon deshalb als nicht überzeugend zu qualifizieren, weil die medizinische Fachperson lediglich eine Grössenordnung und keine exakte Zahl angibt. Schätzt ein Gutachter die Arbeitsfähigkeit ohne weitere Angaben auf "30 bis 40 %", lässt sich gemäss der



höchstrichterlichen Rechtsprechung daraus schliessen, dass 30 % als eher zu niedrig, 40 % dagegen als eher zu hoch angesehen werden. Für die Invaliditätsbemessung rechtfertigt sich in dieser Konstellation praxisgemäss das Heranziehen des Mittelwertes, welcher von den beiden Extremwerten am wenigsten abweicht (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 21. April 2005, I 822/04 E. 4.4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Dezember 2007, 9C_626/2007 E. 3.2 mit Hinweisen). Die Argumentation des Rechtsvertreters, die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. P.____ sei zu ungenau und deshalb nicht verwertbar, ist daher nicht stichhaltig. In psychiatrischer Hinsicht ist die Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit ab März 2009 folglich auf 35 % zu beziffern.

3.

3.1 Somit ist auf dieser Grundlage der Einkommensvergleich vorzunehmen. Vorab ist darauf hinzuweisen, dass die Invalidenversicherung nicht an die Invaliditätsbemessung der Unfallversicherung gebunden ist (vgl. BGE 133 V 549 E. 6; siehe auch Urteil des Bundesgerichts vom 4. Juni 2013, 8C_259/2013 E. 2.2). Die Beschwerdeführerin ist aus somatischer Sicht spätestens ab Oktober 2008 in einer adaptierten Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig gewesen. Es wäre ihr ab diesem Zeitpunkt also zumutbar gewesen, eine adaptierte Hilfsarbeitertätigkeit anzutreten. Dadurch ist das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG unterbrochen worden (siehe auch Art. 29^{ter} IVV). Ab März 2009 ist die Beschwerdeführerin aus psychischer Sicht zu 35 % arbeitsunfähig gewesen. Das Wartejahr hat also am 1. März 2009 zu laufen begonnen. Ein allfälliger Rentenanspruch würde somit am 1. März 2010 entstehen.

3.2 Die Beschwerdeführerin hat bis am 30. April 2006 zu 80-100 % als Reinigungsmitarbeiterin gearbeitet. Danach ist sie arbeitslos gewesen. Da eine Hilfsarbeitertätigkeit keine besonderen beruflichen Fähigkeiten voraussetzt, kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall im März 2010 als Reinigungsmitarbeiterin gearbeitet hätte, denn es hätten ihr viele andere Hilfsarbeiterintätigkeiten offen gestanden. Im Gegensatz zur Invaliditätsbemessung der Unfallversicherung ist für die Bemessung des Valideneinkommens deshalb nicht auf das zuletzt erzielte Einkommen als Reinigungsmitarbeiterin, sondern auf das durchschnittliche Einkommen einer Hilfsarbeiterin im Jahr 2010 abzustellen. Da auch



die Invalidenkarriere in einer Hilfsarbeiterinnentätigkeit besteht, kann ein Prozentvergleich vorgenommen werden. Ob und in welcher Höhe statistische Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des Einzelfalles ab, die nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 16. Juli 2014, 8C_97/2014 E. 2.2 mit Hinweis). Ein Tabellenlohnabzug ist im vorliegenden Fall nicht angezeigt. Ein Teilzeitabzug ist nicht zu gewähren, weil Hilfsarbeiterinnen gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) im Jahr 2010, die zu einem Pensum von 50-74 % gearbeitet haben, durchschnittlich verhältnismässig sogar mehr verdient haben als vollzeittätige Hilfsarbeiterinnen (siehe Anhang zum IV-Rundschreiben Nr. 328 S. 5). Auch der Umstand, dass die Beschwerdeführerin nur noch körperlich leichte Tätigkeiten ausüben kann, rechtfertigt keinen Abzug vom Tabellenlohn. Denn im vorliegenden Fall besteht die Invalidenkarriere ja nicht in der körperlich anstrengenden Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin, sondern in einer durchschnittlich bezahlten Hilfsarbeiterinnentätigkeit gemäss LSE. Letztere unterscheidet nicht zwischen körperlich leichten, mittelschweren und schweren Tätigkeiten. Weiter sind die somatischen Leiden nicht derart gravierend, dass mit häufigen krankheitsbedingten Absenzen gerechnet werden müsste. Somit liegen aus somatischer Sicht keine Gründe vor, die einen Tabellenlohnabzug rechtfertigen würden. Demgegenüber hat die Unfallversicherung, obwohl sie die Beschwerdeführerin als in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit als zu 100 % arbeitsfähig erachtet hat, einen 15 %igen Tabellenlohnabzug gewährt. Als Begründung hat sie lediglich die gesundheitlichen Einschränkungen angeführt (siehe Verfügung vom 11. Dezember 2009 und Einspracheentscheid vom 12. Februar 2010, Fremdakten, nicht akturiert). Sie hat also nicht erklärt, inwiefern sich die gesundheitlichen Einschränkungen – neben den bereits berücksichtigten Einschränkungen in qualitativer Hinsicht – auf die Lohnhöhe auswirken. Das Gericht hat in seiner Entscheidung vom 11. Januar 2011 (UV 2010/18), mit welchem es die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 12. Februar 2010 abgewiesen hat, angeführt, dass der Abzug als eher grosszügig bemessen erscheine. Es hat den Abzug von 15 % jedoch nicht als missbräuchlich angesehen und deshalb nicht korrigiert (Erw. 4.2). Mit Bezug auf die psychischen Probleme rechtfertigt sich im vorliegenden Fall kein Tabellenlohnabzug. Denn es ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin mithilfe einer adäquaten



psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung ihren Zustand zumindest stabil halten kann und folglich keine überdurchschnittlich häufigen Krankheitsabsenzen verzeichnen muss. Bei einer Arbeitsunfähigkeit von 35 % beträgt der IV-Grad folglich 35 %. Die Beschwerdeführerin hat somit keinen Anspruch auf eine IV-Rente.

3.3 Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

3.4 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. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Diese ist durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Die Beschwerdeführerin hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.