



Fall-Nr.: IV 2016/351
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 07.05.2020
Entscheiddatum: 11.02.2019

Entscheid Versicherungsgericht, 11.02.2019

**Art. 28 IVG. Art. 7 ATSG. Rentenanspruch. Beweiswürdigung Gutachten.
Durch ein depressives Leiden verursachte Erwerbsunfähigkeit bejaht
(Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11.
Februar 2019, IV 2016/351).**

Entscheid vom 11. Februar 2019

Besetzung

Präsidentin Marie Löhner, Versicherungsrichterinnen Michaela

Machleidt Lehmann und Marie-Theres Rüegg Haltinner;

Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

Geschäftsnr.

IV 2016/351

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Rony Kolb, Diepoldsauerstrasse 24, Postfach
217, 9443 Widnau,

gegen



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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a Nachdem die IV-Stelle zwei Leistungsgesuche von A.____ abgewiesen hatte (siehe betreffend das erstmalige Leistungsgesuch vom 24. November 2006 [IV-act. 1] die Verfügung vom 29. Mai 2007 [IV-act. 20] und betreffend die Wiederanmeldung vom 11. April 2008 [IV-act. 21] die Verfügung vom 12. Februar 2009 [IV-act. 36]), meldete sie sich am 1. Juni 2012 erneut zum Leistungsbezug an (IV-act. 37). Anlässlich des Frühinterventionsgesprächs vom 23. Juli 2012 gab der behandelnde Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, dem RAD-Arzt Dr. med. C.____, Facharzt für Chirurgie FMH, an, die Versicherte leide an einem Status nach Four-Corner-Fusion mit Scaphoidresektion am linken Handgelenk am 15. Februar 2012 bei Scaphoidnekrose. Dieser Zustand führe zu Schmerzen und einer verminderten Funktion/Belastbarkeit. Der Gesundheitszustand sei noch nicht stabil (Protokoll vom 23./25. Juli 2012, IV-act. 54; siehe auch die RAD-Fallübersicht vom 26. Juli 2012, IV-act. 51).

A.b Am 23. August 2012 erlitt die Versicherte einen Autounfall und zog sich dabei eine Ellenbogenluxation links (geschlossene Reposition im Spital D.____ am 23. August 2012), eine distale Radiusfraktur links und eine mehrfragmentäre Calcaneus-Trümmerfraktur Typ Sanders II links mit Impression des CC-Gelenks zu. Nach der Erstbehandlung im Spital D.____ (IV-act. 57-32 f.) war die Versicherte vom 24. August bis 13. September 2012 in der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats am Kantonsspital St. Gallen (KSSG) hospitalisiert. Die dort behandelnden Ärzte bescheinigten bei Austritt bis zum 27. Oktober 2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (siehe zum Ganzen den Austrittsbericht vom 19. September 2012, IV-act. 57-34 f.). Im Verlaufsbericht vom 22. Oktober 2012 führte Dr. B.____ aus, die



Versicherte sei im Rollstuhl und könne ihre Hände nicht mehr gebrauchen. Sie sei also zu 100% arbeitsunfähig. Aufgrund des Autounfalls bestehe eine völlig neue Situation (IV-act. 57-2 f.). Dr. med. E.____, "Orthopädie" am KSSG, berichtete am 13. Februar 2013, aus orthopädischer Sicht würde eine Arbeitsaufnahme bald möglich sein. Aus psychischen Gründen erscheine eine Arbeitsaufnahme jedoch eher unwahrscheinlich. Die Versicherte sei psychosozial sehr stark angeschlagen (IV-act. 68). Im Bericht vom 18. Februar 2013 gab Dr. med. F.____, Oberarzt an der Klinik für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie am KSSG, an, aktuell fände keine handchirurgische Behandlung statt. Die Versicherte sei aufgrund der Calcaneus-Fraktur kaum gehfähig. Die (linke) Hand könne höchstens etwas unterstützend eingesetzt werden. Sie sei kaum belastbar und in der Beweglichkeit eingeschränkt (IV-act. 69). Dr. B.____ berichtete am 7. Juni 2013, die Versicherte sei immer noch in Rehabilitation nach Polytrauma und aus körperlicher Sicht für jegliche Tätigkeit arbeitsunfähig. Sie habe sich nicht in psychiatrische Behandlung begeben. Im Vordergrund stünden die körperlichen Probleme (IV-act. 83-2 ff.). Der seit 24. September 2013 behandelnde Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Neurologie, diagnostizierte eine depressive Entwicklung nach Unfall am 23. August 2012 (ICD-10: F32.1). Aktuell bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Bericht vom 20. Dezember 2013, IV-act. 106).

A.c Vom 19. Februar bis 18. März 2014 befand sich die Versicherte in der Rehaklinik Bellikon. Die dort behandelnden medizinischen Fachpersonen diagnostizierten: 1. Einen Unfall vom 23. August 2012 mit mehrfragmentärer Calcaneus-Trümmerfraktur Typ Sanders II links mit Impression des CC-Gelenks, mit distaler Radiusfraktur links, disloziert, und einer Ellbogenluxation links; 2. eine Os scaphoideum-Nekrose der proximalen Hälfte, eine Zystenbildung im distalen Abschnitt und ein mässiggradiges, perifokales Knochenödem; 3. eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21). Unter ausschliesslicher Berücksichtigung der unfallbedingten Leiden sei der Versicherten eine leidensangepasste Tätigkeit ganztags zumutbar. Gesamthaft betrachtet könne man aufgrund der Diagnosen und der klinischen sowie radiologischen Befunde die Beschwerden und Funktionseinschränkungen zwar in ihrer Lokalisation, jedoch nicht in ihrer Intensität gänzlich erklären. Solange die Versicherte an ihrem ausgeprägten Schmerzerleben festhalte, werde eine medizinisch erwartete Besserung des Gesamtzustands nicht



St.Galler Gerichte

schnell erfolgen und eine berufliche Wiedereingliederung werde erschwert möglich sein (Austrittsbericht vom 19. März 2014, IV-act. 118).

A.d Die für die Unfallfolgen leistungspflichtige Suva sprach der Versicherten mit Verfügung vom 19. September 2014 eine 12%ige Invalidenrente zu. Den psychischen Beschwerden sprach sie einen adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall ab (fremd-act. 10-2 ff.).

A.e Am 9. Oktober 2014 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen werde abgewiesen, da sich die Versicherte nicht in der Lage fühle, an Eingliederungsbemühungen mitzuwirken (IV-act. 126).

A.f Dr. G.____ berichtete am 25. November/16. Dezember 2014, der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich verbessert. Sie verfüge über eine gebesserte Geh- und Stehfähigkeit. Die psychische Belastbarkeit sei weiterhin deutlich reduziert. Wegen der verminderten psychischen Belastbarkeit sei die Konzentrationsfähigkeit sowie die Flexibilität eingeschränkt und das Durchhaltevermögen vermindert. Es bestehe weiter eine erhöhte Verletzlichkeit bei Kritik. Die Schmerzen würden zu Einschränkungen der Konzentration und der psychischen Belastung "inklusive depressive Störungen" führen. Dr. G.____ hielt "die Leistungsfähigkeit für eingeschränkt auf maximal 2-3 Stunden täglich". Dabei bestehe eine um 50 bis 60% verminderte Leistungsfähigkeit (IV-act. 134-1 ff. und IV-act. 141). Im Verlaufsbericht vom 4. Mai 2015 gab Dr. G.____ an, die psychische Belastbarkeit der Versicherten habe sich leicht gebessert, sei aber weiterhin vermindert. Leidensangepasste Tätigkeiten seien der Versicherten 2 bis 3 Stunden täglich zumutbar. Unklar sei, in welchem Umfang die Leistungsfähigkeit dabei vermindert sei (IV-act. 147).

A.g Im Auftrag der IV-Stelle wurde die Versicherte am 3. und 4. November 2015 in der medexperts ag polydisziplinär (allgemein-internistisch, psychiatrisch und orthopädisch) begutachtet. Die Experten stellten folgende Diagnosen, welche die zumutbare Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen würden: eine mittelgradige depressive Störung (ICD-10: F32.1); eine leichte Fehlstellung nach Calcaneus-Fraktur links, mit



Osteosynthese und Metallentfernung (ICD-10: S92.0); eine OSG-Arthrose links (ICD-10: M19.1); einen Fersensporn links (ICD-10: M77.3); eine verheilte Radiusfraktur links (ICD-10: S52.51) und eine Handwurzelarthrodese nach Scaphoidnekrose (ICD-10: M87.8). Der psychiatrische Gutachter führte aus, aufgrund des Medikamentenblutspiegels müsse von einer fehlenden Compliance ausgegangen werden. Dies könne auch die jetzige Verschlechterung nach berichteten Verbesserungen der depressiven Symptome in den Arztberichten des behandelnden Psychiaters erklären. Aufgrund der Akten könne davon ausgegangen werden, dass die depressive Symptomatik mit geeigneter Medikation verbessert werden könne. Aus psychiatrischer Sicht bestehe wegen der mittelgradigen depressiven Störung sowohl in der angestammten als auch in jedwelchen leidensangepassten Tätigkeiten eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein 100%iges Pensum. Diese Einschätzung gelte seit Juli 2015. Aus orthopädischer Sicht bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr bezogen auf die angestammte Tätigkeit als Maschinenführerin und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf leidensangepasste Tätigkeiten. Keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bestehe aus allgemein-internistischer Sicht. Eine adäquate antidepressive medikamentöse Therapie sollte wieder eingeführt werden. Die bisherige psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sollte unbedingt weitergeführt werden. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Versicherte aktuell höchstens zu 50% eingliederungsfähig. Sollte es gelingen, die mittelschwere depressive Störung adäquat zu therapieren, so würde eine Wiedereingliederung in eine körperlich adaptierte Tätigkeit möglich sein (Gutachten vom 14. Dezember 2015, IV-act. 162).

A.h H.____, Fachspezialist Schadenminderungspflicht/Mitwirkungspflicht der IV-Stelle, und der RAD-Arzt I.____, Facharzt für Arbeitsmedizin, gelangten zur Ansicht, aus medizinischer Sicht werde das mögliche Verbesserungspotenzial als gering beurteilt. Es sei davon auszugehen, dass von der Wiederaufnahme der medikamentösen Therapie eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit, die aktuell knapp mit 50% angenommen worden sei, wenn überhaupt, allenfalls nur längerfristig erwartet werden könne. Deshalb werde von einer administrativen Massnahme abgesehen (Besprechungsprotokoll "Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht" vom 3. März 2016, IV-act. 165). J.____, Mitarbeiter des Rechtsdienstes der IV-Stelle, vertrat in der Stellungnahme vom 7. Juni 2016 den Standpunkt, bei der Versicherten fehle es an einer konsequenten Depressionstherapie, deren Scheitern das Leiden als resistent



ausweisen würde. Demzufolge könne nicht auf das Vorliegen einer invalidisierenden depressiven Erkrankung geschlossen werden. Invalidenversicherungsrechtlich sei daher von einer vollen Arbeitsfähigkeit der Versicherten auszugehen (IV-act. 167).

A.i Ausgehend von einer aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht bestehenden vollen Arbeitsfähigkeit stellte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 8. Juli 2016 die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht (IV-act. 170). Dagegen erhob die Versicherte am 13. Juli 2016 Einwand (IV-act. 171), den sie am 14. September 2016 ergänzend begründete (IV-act. 175). Am 16. September 2016 verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Rentengesuchs (IV-act. 176).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 16. September 2016 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 19. Oktober 2016. Die Beschwerdeführerin beantragt darin deren Aufhebung und es sei eine polydisziplinäre Begutachtung bzw. ein Obergutachten durch eine unabhängige Stelle anzuordnen und der Beweis über die unfallbedingten Einschränkungen in Beruf und Haushalt zu erheben. Die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, danach die Prüfung der Rentenberechtigung aufgrund des Beweisergebnisses vorzunehmen. Zur Begründung bringt die Beschwerdeführerin im Wesentlichen vor, das Gutachten der medexperts ag sei nicht beweiskräftig. Die Gutachter hätten verkannt, dass die Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit somatischer bzw. somatoformer Natur seien. Die Schmerzen stünden im Vordergrund. Die Depression habe reaktiven Charakter. Mit Antidepressiva - wie verschrieben - könnten die physiologischen Folgen und orthopädischen Einschränkungen nicht therapiert werden, weil das Symptom eben in der Physis liege und nicht in der Psyche (act. G 1).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 9. Dezember 2016 die Abweisung der Beschwerde. Sie hält die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit für beweiskräftig. Aus rechtlicher Sicht sei indessen zu beachten, dass es bei der Beschwerdeführerin an einer konsequenten Depressionstherapie fehle, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweisen würde. Demzufolge könne nicht auf das Vorliegen einer invalidisierenden depressiven Erkrankung geschlossen werden.



St.Galler Gerichte

Mithin sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer ihren somatischen Beeinträchtigungen angepassten Verweistätigkeit auszugehen (act. G 5).

B.c Mit Verfügung vom 13. Dezember 2016 ist dem Gesuch der Beschwerdeführerin um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) für das Verfahren vor Versicherungsgericht entsprochen worden (act. G 6).

B.d In der Replik vom 26. Januar 2017 hält die Beschwerdeführerin unverändert an ihren Anträgen fest. Sie bzw. der sie behandelnde Psychiater Dr. G.____ sehe "die Entwicklung des psychischen Gesundheitszustands von einer Anpassungsstörung mit traumatisierten und reaktiv ausgelösten depressiven Anteilen hin zu einer mittlerweile andauernden Persönlichkeitsveränderung im Gutachten nicht dargestellt". Die Umkodierung der Anpassungsstörung zur Diagnose "mittelgradige depressive Episode" treffe nicht den tatsächlichen Verlauf und erfülle nicht die Kodierungsvorschrift, dass die Stimmung nicht auf Lebensumstände reagieren dürfe. Durch die (verunglückte) Umkodierung werde die Schwere des psychischen Erkrankungsbilds unzulässig reduziert und die therapeutischen Möglichkeiten falsch eingeschätzt mit der Folge, dass aus juristischer Sicht fälschlicherweise nicht von einer invalidisierenden depressiven Erkrankung ausgegangen werde (act. G 8).

B.e Die Beschwerdegegnerin hat am 3. Februar 2017 auf eine Duplik verzichtet (act. G 10).

B.f Am 21. Februar 2018 hat die Beschwerdeführerin Berichte von Dr. G.____ vom 16. Februar 2018 (act. G 12.1) und von Dr. B.____ vom 20. Februar 2018 (act. G 12.2) eingereicht (act. G 12).

Erwägungen

1.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist das Rentengesuch der Beschwerdeführerin vom 1. Juni 2012 (IV-act. 37).



1.1 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Als Invalidität gilt laut 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 Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zuberücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.2 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

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

2.



Zunächst zu prüfen ist die Frage, ob der medizinische Sachverhalt spruchreif abgeklärt worden ist. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in medizinischer Hinsicht auf das polydisziplinäre Gutachten der medexperts ag vom 14. Dezember 2015. Die Beschwerdeführerin bringt dagegen verschiedene Mängel vor (act. G 1 und G 8).

2.1 Was die von der Beschwerdeführerin am 21. Februar 2018 eingereichten Berichte der behandelnden Ärzte vom 16. Februar 2018 und vom 20. Februar 2018 (act. G 12) anbelangt, so beschlagen diese nicht den für die gerichtliche Überprüfung massgebenden, bis zum Verfügungserlass vom 16. September 2016 eingetretenen Sachverhalt (BGE 131 V 243 E. 2.1), weshalb sich eine Würdigung von deren Inhalten erübrigt.

2.2 Die Beschwerdeführerin rügt, der psychiatrische Gutachter habe die Art der Depression nicht richtig erkannt und sei anstelle von einer reaktiven Depression von einer länger andauernden Depression ausgegangen. Die gesundheitlichen Einschränkungen seien schmerzbedingter Natur (act. G 1, III. Rz 2 ff., und act. G 8, S. 4 ff.). In psychischer Hinsicht sei gemäss Dr. G.____ die Diagnose einer "andauernden Persönlichkeitsänderung (F62.0) mit depressiven und traumatisierten Anteilen sowie chronifiziertem auf linke Hand und linken Fuss begrenztem Schmerzsyndrom" "am zutreffendsten" (act. G 8, S. 9 f.). Der psychiatrische Gutachter hat im Rahmen der Diagnosestellung die psychiatrischen Vorakten ausführlich dargestellt und diskutiert. In damit zu vereinbarender Weise gelangte er zum Schluss: "Aufgrund der Akten zeigt sich, dass seit Mai 2013 bei der Versicherten eine depressive Symptomatik besteht, die zum Teil als Anpassungsstörung, zum Teil als mittelgradige depressive Störung beurteilt wurde. [...] Die depressive Symptomatik kann aufgrund der Berichte nachvollzogen werden. Da eine Anpassungsstörung höchstens zwei Jahre diagnostiziert werden kann, muss heute eine Umkodierung vorgenommen werden" (IV-act. 162-56 oben). Im Rahmen einer umfassenden Würdigung gelangte der psychiatrische Gutachter zur Auffassung, dass die geschilderte Symptomatik einer mittelgradigen depressiven Episode entspreche, nicht mehr alleine auf den Unfall und seine Folgen zurückzuführen sei, sondern das Ausmass einer eigenständigen Krankheit angenommen habe. Das psychische Leiden sei daher als mittelgradige depressive Störung (ICD-10: F32.1) zu diagnostizieren (IV-act. 162-56 Mitte und IV-act. 162-57 unten). Dr. G.____ kodierte das Leiden der Beschwerdeführerin im Bericht vom 20.



Dezember 2013 zudem ebenfalls mit "F32.1" (IV-act. 106). In den Verlaufsberichten vom 25. November 2014 (IV-act. 134-2) und vom 4. Mai 2015 (IV-act. 147) verneinte er eine Änderung der Diagnose. Auch die medizinischen Fachpersonen der Klinik für Psychosomatik am KSSG gingen von einer depressiven Störung (ICD-10: F32.1) aus (Bericht vom 2. September 2014, IV-act. 143-9). Im Übrigen stehen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht die exakte Diagnosestellung, sondern vielmehr die durch das Leiden bedingten Beeinträchtigungen im Vordergrund. Die von den Gutachtern im Rahmen der polydisziplinären Abklärung erhobenen Befunde, insbesondere diejenigen im psychiatrischen Teilgutachten (IV-act. 162-56), werden von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht in Frage gestellt (siehe hierzu act. G 1, III. Rz 13). Der von der Beschwerdeführerin vorgeworfene Mangel an der Beurteilung des psychiatrischen Gutachters erweist sich daher als unbegründet.

2.3 Aus der Sicht der Beschwerdeführerin hat der psychiatrische Gutachter ausserdem zu Unrecht Traumatisierungssymptome unberücksichtigt gelassen (act. G 8, S. 6 und S. 8 oben). Dieser Vorwurf ist nicht stichhaltig, hat doch der psychiatrische Gutachter die Ängste der Beschwerdeführerin im Verkehr berücksichtigt (IV-act. 162-54 Mitte; siehe auch die erhobenen Leidensangaben in IV-act. 162-52). Im - vom psychiatrischen Gutachter berücksichtigten (IV-act. 162-44 unten) - psychosomatischen Konsilium der Rehaklinik Bellikon vom 14. März 2014 wurde festgehalten, dass sich bis auf ein Vermeidungsverhalten der Beschwerdeführerin beim Autofahren keine Hinweise auf eine psychotraumatologische Symptomatik hätten finden lassen (fremd-act. 8-15), mithin die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Traumatisierungssymptome weder umfassend sind noch im Vordergrund stehen. In mit der gutachterlichen Beurteilung ebenfalls zu vereinbarenden Weise wurde im Bericht der Klinik für Psychosomatik am KSSG vom 2. September 2014 das psychische Leiden namentlich unter Berücksichtigung der von der Beschwerdeführerin geschilderten Ängste (IV-act. 143-10) der Diagnose "depressive Störung" (ICD-10: F32.1) zugeordnet.

2.4 Des Weiteren hält die Beschwerdeführerin die Annahme des orthopädischen Gutachters, sie verfüge für leidensangepasste Tätigkeiten über eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, angesichts der zahlreichen Einschränkungen in der Mobilität für realitätsfremd (act. G 8, S. 2 f.). Der Sichtweise der Beschwerdeführerin kann nicht gefolgt werden. Der orthopädische Gutachter ist gestützt auf eine umfassende



Berücksichtigung der geklagten Leiden nachvollziehbar zum Schluss gelangt, dass die erhobenen Befunde zu einer Funktionseinschränkung des linken, nicht dominanten Handgelenks, vor allem in der Dorsal-/ Volarebene, führen würden. Die Situation am linken Fuss führe zu einer eingeschränkten Steh- und Gehfähigkeit (IV-act. 162-63 und -69). Der orthopädische Gutachter trug den Beeinträchtigungen umfassend Rechnung. So berücksichtigte er, dass die aktuellen Befunde am linken Fuss nur eine vorwiegend sitzende Tätigkeit mit stündlich kurzen Botengängen ohne Treppensteigen erlauben würden. Wegen der linken Hand könnten keine wiederholten Bewegungen beidhändig durchgeführt werden. Es sei nur ein gelegentlicher Einsatz möglich mit einer Gewichtslimite von ca. 5kg. Die rechte dominante Hand sei uneingeschränkt einsetzbar (IV-act. 162-64). Die Beschwerdeführerin benennt denn auch keine objektiven Gesichtspunkte, die der orthopädische Gutachter ausser Acht gelassen hätte. Insbesondere legt sie weder dar noch ist ersichtlich, dass sie an Funktionseinschränkungen im rechten, dominanten Handgelenk leidet oder in der Sitzfähigkeit eingeschränkt wäre. Im Licht dieser Umstände bestehen keine Zweifel an der Einschätzung des orthopädischen Gutachters, dass die Beschwerdeführerin in einer den Funktionseinschränkungen angepassten Tätigkeit vollschichtig arbeitsfähig sei. Hinzu kommt, dass die medizinischen Fachpersonen der Rehaklinik Bellikon zu einer vergleichbaren Einschätzung gelangt sind (siehe Austrittsbericht vom 19. März 2014, IV-act. 118-3 oben).

2.5 Bei der Würdigung des polydisziplinären Gutachtens der medexperts ag ist weiter von Bedeutung, dass es auf eigenständigen, polydisziplinären Abklärungen beruht und für die streitigen Belange umfassend ist. Es bestehen ferner keine Anhaltspunkte dafür, dass objektiv wesentliche Tatsachen nicht berücksichtigt worden wären. Die von den Gutachtern gezogenen Schlüsse leuchten ein. Vor diesem Hintergrund besteht kein Anlass, die Beweiskraft des Administrativgutachtens bzw. der darin enthaltenen Arbeitsfähigkeitsschätzung (50%ige Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten) in Frage zu stellen.

2.6 Es ist daher gestützt auf die gutachterliche Beurteilung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin seit Juli 2015 über eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten verfügt (IV-act. 162-69). Die Frage, ob im Zeitraum ab dem 23. August 2012 bis Juli 2015 wegen des



psychischen Leidens eine über 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat, kann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verneint werden. Denn aus den psychiatrischen Vorakten geht hervor, dass einerseits das depressive Leiden Folge einer Entwicklung ist (IV-act. 106-1) und andererseits die Intensität einer mittelgradigen depressiven Störung zu keiner Zeit überschritten wurde bzw. vor Juli 2015 kein verschlechterter psychischer Zustand bestand (siehe den Bericht der Klinik für Psychosomatik am KSSG vom 2. September 2014, IV-act. 143-10 unten; vgl. zur Entwicklung des psychischen Leidens die Voraktendiskussion im psychiatrischen Teilgutachten, IV-act. 162-55, und die RAD-Fallübersicht vom 25. August 2014, IV-act. 122-6). Zudem ging Dr. G.____ im Bericht vom 20. Dezember 2013 noch davon aus, dass die Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zurückgewinnen werde (IV-act. 106-3 und -6). Aus orthopädischer Sicht ist zu beachten, dass die Bescheinigung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten erst ab April 2014 gilt (IV-act. 162-64). Es ist davon auszugehen, dass in der davor liegenden Zeit ab Januar 2012 (zur damals diagnostizierten Scaphoidnekrose in der linken Hand siehe den Bericht des KSSG vom 4. April 2012, fremd-act. 3-10; zur Arbeitsunfähigkeit siehe das Arbeitsunfähigkeitszeugnis von Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeinmedizin vom 31. Januar 2012, fremd-act. 3-6, die RAD-Fallübersicht vom 26. Juli 2012, IV-act. 51, sowie nachstehende E. 4.3) mit wenige Zeit später folgendem Unfallereignis vom 23. August 2012 durchgehend eine vollständige Arbeitsunfähigkeit wegen somatischer Leiden bestanden hatte. Diese Sichtweise wird durch die übrigen Akten und den darin beschriebenen somatisch instabilen Gesundheitszustand bestätigt (siehe etwa den Austrittsbericht der Kliniken Valens vom 13. Mai 2013, IV-act. 76, den Bericht von Dr. B.____ vom 7. Juni 2013, IV-act. 83-2 f., den Bericht "Sprechstunde Berufliche Eingliederung" der Rehaklinik Bellikon vom 10. Januar 2014, IV-act. 109; vgl. ferner die ELAR-Notiz vom 10. März 2014, IV-act. 113), der Anlass u.a. für eine mehrwöchige Rehabilitation in der Rehaklinik Bellikon bildete (siehe zum Rehabilitationsaufenthalt vom 19. Februar bis 18. März 2014 den Austrittsbericht vom 19. März 2014, IV-act. 118). Nach dem Gesagten ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bezogen auf eine leidensangepasste Tätigkeit davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit bereits ab Januar 2012 bzw. spätestens ab 23. August 2012 bis und mit März 2014 aus somatischer Sicht zu 100% eingeschränkt war und die Beschwerdeführerin ab 1. April 2014 wegen des fortbestehenden psychischen Leidens zu 50% arbeitsunfähig ist.



3.

Zwischen den Parteien umstritten ist des Weiteren, ob die vom psychiatrischen Gutachter bestätigten gesundheitlichen Beeinträchtigungen eine Erwerbsunfähigkeit im Sinn von Art. 7 ATSG zu begründen vermögen. Die Beschwerdegegnerin verneint das Vorliegen einer durch das depressive Leiden begründeten Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich mit der fehlenden Therapieresistenz (act. G 5, III. Rz 8).

3.1 Gemäss Praxis des Versicherungsgerichts (siehe etwa den Entscheid des Versicherungsgerichts vom 21. Dezember 2016, IV 2014/565, E. 3.3.1 ff. mit Hinweisen) und neuer Rechtsprechung des Bundesgerichts (BGE 143 V 409) kann eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz verneint werden (Urteile des Bundesgerichts vom 18. Oktober 2018, 9C_337/2018, E. 3.4, und vom 25. September 2018, 9C_844/2017, E. 2.3). Massgebende Grundlage für die Beurteilung der Rechtsfrage, ob eine medizinisch bescheinigte gesundheitliche Beeinträchtigung zu einer Erwerbsunfähigkeit im Sinn von Art. 7 ATSG führt, bildet vielmehr eine aus objektiver Sicht erfolgte, umfassende Ressourcen- und Konsistenzprüfung (Art. 7 Abs. 2 ATSG; vgl. BGE 143 V 409 mit Hinweis auf BGE 141 V 281). Diese hat - nebst zahlreichen anderen Gesichtspunkten (vgl. BGE 141 V 296 ff. E. 4.1.1 ff.) - namentlich eine Prüfung der Alltagsaktivitäten und des Verhaltens der versicherten Person im Kontext mit medizinischen Behandlungen zu beinhalten.

3.2 Die vom psychiatrischen Gutachter aus objektiver Sicht bescheinigte 50%ige Arbeitsunfähigkeit gründet auf einer Diskussion der Vorakten (IV-act. 162-55 f.), einer Abklärung der Alltagsaktivitäten der Beschwerdeführerin (IV-act. 162-47 und -52), einer umfassenden Befunderhebung und -würdigung (IV-act. 162-54 und -56), einer eingehenden Beurteilung der Therapien und des Therapieverhaltens (IV-act. 162-49 und -54), einer Konsistenzprüfung (IV-act. 162-57) und einer Beurteilung der "Handicaps und erhaltenen Funktionen/Ressourcen" (IV-act. 162-57). Hinzu kommt, dass die Ressourcen der Beschwerdeführerin erheblich durch ein komplexes somatisches Leiden beeinträchtigt sind (siehe hierzu das orthopädische Teilgutachten, IV-act. 162-59 ff., sowie die Stellungnahme von RAD-Arzt I.____ vom 17. Februar 2016, IV-act. 165-2). Die von der Beschwerdegegnerin geltend gemachte schlechte



Compliance bei der antidepressiven medikamentösen Therapie fand Eingang in die gutachterliche Beurteilung. Zudem legte der RAD-Arzt I. ___ in der Stellungnahme vom 17. Februar 2016 plausibel dar, dass die prognostische Formulierung des psychiatrischen Gutachters bezüglich einer adäquaten medikamentösen Therapie "aus medizinischer Sicht aus gutem Grund zurückhaltend" sei. Es werde nämlich im psychiatrischen Teilgutachten mehrfach darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin wenig persönliche Ressourcen besitze, beziehungsweise kaum vorhandene und mobilisierbare Ressourcen habe, die zu einer nachhaltigen Besserung des Gesundheitszustands führen könnten. Dies sei aus medizinischer Sicht vor dem Hintergrund der somatisch begründeten chronifizierten Schmerzsituation nachvollziehbar. Zusammenfassend sei demnach davon auszugehen, dass mit einer Wiederaufnahme der medikamentösen Therapie eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit, die aktuell knapp mit 50% angenommen worden sei, wenn überhaupt, dann allenfalls nur längerfristig erwartet werden könne. Das mögliche Verbesserungspotential werde als gering beurteilt (IV-act. 165-2). Schliesslich gilt es zu beachten, dass sich die Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchung vom 22. August 2014 in der Klinik für Psychosomatik am KSSG nach einer Erhöhung der damaligen antidepressiven Medikation erkündigt (IV-act. 143-10) und die Antidepressiva bei Fortführung der übrigen Psychotherapie erst danach abgesetzt hat (siehe hierzu den Verlaufsbericht von Dr. G. ___ vom 4. Mai 2015, IV-act. 147-1). Die Absetzung begründete die Beschwerdeführerin mit fehlendem Nutzen und Nebenwirkungen (act. G 8, S. 7). Es besteht daher kein Anlass, aus rechtlicher Sicht von der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung abzuweichen, die auf einer umfassenden, plausiblen Ressourcen- und Konsistenzprüfung beruht.

4.

Zu ermitteln bleibt damit der Invaliditätsgrad. Die Beschwerdegegnerin hat der Invaliditätsgradbemessung zu Recht einen Einkommensvergleich zugrunde gelegt (IV-act. 176-2).

4.1 Die Beschwerdeführerin hat die von der Beschwerdegegnerin berücksichtigten Vergleichseinkommen nicht beanstandet (siehe zum Einkommensvergleich IV-act. 168). Aus den Akten ergeben sich keine Gesichtspunkte die daran Zweifel zu begründen



vermögen. Insbesondere ist der für ein 20-stündiges Arbeitspensum bezogene Lohn von Fr. 26'600.-- korrekt auf ein betriebsübliches 42-stündiges Pensum hochgerechnet worden (siehe IV-act. 48-3). Demnach ist bezogen auf das Jahr 2012 von einem Valideneinkommen von Fr. 55'860.-- ($[(Fr. 26'600.-- / 20] \times 42)$) auszugehen und für die Bestimmung des Invalideneinkommens der Medianlohn für Hilfsarbeiterinnen von Fr. 51'444.-- heranzuziehen (siehe hierzu Anhang 2: Lohnentwicklung, IVG-Gesetzesausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2018). Vorliegend kann mit Blick auf den Tabellenlohnabzug (siehe hierzu BGE 126 V 75) offen bleiben, ob die Beschwerdeführerin aufgrund der qualitativen Anforderungen an eine Verweistätigkeit (siehe hierzu IV-act. 162-69) einen Lohnnachteil auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu befürchten hätte. Denn vorliegend fiele ein Tabellenlohnabzug von höchstens 10% in Betracht, zumal keine weiteren Gesichtspunkte vorliegen, die einen Tabellenlohnabzug zu begründen vermögen. Bei einem allfälligen Tabellenlohnabzug von 10% beträgt das Invalideneinkommen bei einer Arbeitsfähigkeit von 50% Fr. 23'150.-- ($Fr. 51'444.-- \times 0.5 \times 0.9$) bzw. bei einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit Fr. 0.--.

4.2 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 55'860.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 23'150.-- bzw. von Fr. 0.-- ergeben sich ein Invaliditätsgrad von aufgerundet 59% ($[(Fr. 55'860.-- - Fr. 23'150.--) / Fr. 55'860.--]$) bzw. 100% und damit ein Anspruch auf eine halbe bzw. ein befristeter Anspruch auf eine ganze Rente.

4.3 Für den Rentenbeginn ist von Bedeutung, dass der Rentenanspruch zunächst auf die somatischen Folgen des Unfallereignisses vom 23. August 2012 und das bereits im Januar 2012 diagnostizierte Handleiden (Scaphoidnekrose in der linken Hand; siehe hierzu den Bericht des KSSG vom 4. April 2012, fremd-act. 3-10) zurückzuführen ist. Er ist damit im Vergleich zu den früheren Leistungsgesuchen auf neue Leiden zurückzuführen, wofür das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (erneut) zu bestehen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 26. August 2016, 8C_331/2016, E. 4.2). Der RAD-Arzt I. ___ stellte bezüglich des Beginns der Arbeitsunfähigkeit zu Recht auf das Anfang des Jahres 2012 bestehende Handleiden ab. Entgegen seiner Einschätzung, dass die vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit im Februar 2012 eingetreten sei (IV-act. 165-2), ergibt sich aus den Akten ein Beginn der Arbeitsunfähigkeit bereits im Januar 2012 (Arbeitsunfähigkeitszeugnis von Dr. H. ___ vom 31. Januar 2012, fremd-act. 3-6; vgl. auch die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin in IV-act. 48-4).



Nachdem das neue Leistungsgesuch bereits am 1. Juni 2012 eingereicht wurde (IV-act. 37), beginnt der Anspruch auf eine (befristete) ganze Rente ab 1. Januar 2013. Die per 1. April 2014 anzunehmende Verbesserung des somatischen Gesundheitsschadens ist in Nachachtung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) per 1. Juli 2014 zu berücksichtigen. Aufgrund der damals fortbestehenden psychisch bedingten 50%igen Arbeitsunfähigkeit bzw. des (höchstens) 59%igen Invaliditätsgrads besteht ab 1. Juli 2014 ein Anspruch auf eine halbe Rente.

5.

5.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde gutzuheissen und der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. Januar 2013 bis 30. Juni 2014 eine ganze und ab 1. Juli 2014 eine halbe Rente zuzusprechen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

5.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat ausgangsgemäss die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

5.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat keine Honorarnote eingereicht. Der Bedeutung und dem Aufwand der Streitsache angemessen erscheint eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer). Bei diesem Verfahrensausgang erübrigt sich die Festsetzung einer Entschädigung für die gewährte unentgeltliche Rechtsverbeiständung.



Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 16. September 2016 aufgehoben und der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. Januar 2013 bis 30. Juni 2014 eine ganze und ab 1. Juli 2014 eine halbe Rente zugesprochen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin bezahlt die Gerichtsgebühr von Fr. 600.--.

3.

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