



**Fall-Nr.:** IV 2012/20  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 16.08.2019  
**Entscheiddatum:** 23.12.2013

### **Entscheid Versicherungsgericht, 23.12.2013**

**Art. 28 Abs. 2 IVG. Befristete Rente bei einer rezidivierenden depressiven Störung mit Steigerung der Arbeitsfähigkeit (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. Dezember 2013, IV 2012/20).**

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Miriam Lendfers und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiberin Della Batliner

#### **Entscheid vom 23. Dezember 2013**

in Sachen

**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,**

betreffend

**Rente**



### Sachverhalt:

A.

A.a Die im Jahr 19\_\_ geborene A.\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) meldete sich am 24. Dezember 2009 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen (nachfolgend: IV-Stelle) zum Bezug von Invalidenversicherungsleistungen (berufliche Massnahmen, Rente) an (IV-act. 75, 78). Seit 1. Januar 1990 war sie beim Kantonsspital St. Gallen vollzeitlich als Pflegeassistentin angestellt gewesen (IV-act. 61/2).

A.b Vom 26. Mai bis 1. September 2009 wurde eine stationäre Behandlung in der Klinik D.\_\_\_ durchgeführt (IV-act. 64, 59). Ab Mitte September 2009 stieg die Versicherte wieder mit einem Pensum von 30% in der bisherigen Station ein. Ab 1. Oktober 2009 arbeitete sie zu 50%. Der Versuch, das Pensum auf 60% zu erhöhen, scheiterte. Am 29. Dezember 2009 trat die Versicherte erneut stationär in die Klinik D.\_\_\_ ein und hielt sich dort bis am 30. April 2010 auf (IV-act. 64, 59, 55, 45/5). Mit Arztbericht vom 22. Januar 2010 diagnostizierte Dr. med. B.\_\_\_, Oberarzt/Leiter Ambulatorium des Psychiatrischen Dienstes St. Gallen unter anderem eine rezidivierende depressive Störung, aktuell schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (IV-act. 64). Mit Arztbericht vom 2. April 2010 von Dr. med. dipl.-Psych. C.\_\_\_, leitender Arzt der Privatklinik D.\_\_\_, wurde ebenfalls eine rezidivierende depressive Störung, bei Eintritt mittelgradig bis schwere depressive Episode, diagnostiziert (IV-act. 59). Im Mai 2010 nahm die Versicherte ihre bisherige Tätigkeit als Pflegeassistentin mit einem Anfangspensum von 30% auf einer anderen Station wieder auf (IV-act. 45-8 und 53f.) und steigerte die Anwesenheit im Verlauf auf 50% (IV-act. 27).

A.c Am 24. August 2010 wurde der Versicherten mitgeteilt, dass aufgrund ihrer 50%-igen Erwerbstätigkeit (bei 30% Leistungsfähigkeit; vgl. IV-act. 41, 27) im Kantonsspital St. Gallen derzeit keine beruflichen Massnahmen notwendig seien (IV-act. 40).

A.d Dr. med. E.\_\_\_, Oberarzt/Leiter des Ambulatoriums des Psychiatrischen Zentrums St. Gallen, berichtete am 9. und 13. September 2010, dass eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit nicht möglich sei und die Versicherte ihre Arbeitsleistung deutlich



überschätze. Aus medizinischer Sicht befinde sich die Versicherte bereits bei der derzeitigen 50%-igen Tätigkeit an der äussersten Grenze ihrer Leistungsfähigkeit (IV-act. 38). Mit Arztbericht vom 1. Oktober 2010 (IV-act. 18/11f.) vertrat Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt Pneumologie, die Ansicht, die Versicherte leide schwer an ihrer Depression, dies könne auch ein Nichtpsychiater sehen. Die medizinischen Angaben seien plausibel und einfühlbar. Er empfehle, dem Antrag auf Teilinvaliditätspensionierung nachzukommen.

A.e Am 19. Oktober 2010 wurde durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) eine monodisziplinäre psychiatrische Begutachtung in die Wege geleitet (IV-act. 34f.). Das psychiatrische Gutachten wurde am 28. Januar 2011 von med. pract. G.\_\_\_\_, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zertifizierte medizinische Gutachterin SIM, erstellt (IV-act. 29). Darin wird bei der Versicherten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis allenfalls mittelgradige depressive Episode als deutliche Teilremission einer zuvor beschriebenen mittelgradigen bis schweren depressiven Episode diagnostiziert. In der angestammten Tätigkeit als Pflegeassistentin sei aus psychiatrischer Sicht aktuell eine Arbeitsunfähigkeit von ca. 30% bezogen auf ein volles Arbeitspensum ausgewiesen. Bei adäquater psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung sollte eine weitere Minderung der Arbeitsunfähigkeit auf unter 20% möglich sein.

A.f Mit Beurteilung vom 12. April 2011 (IV-act. 26) befand RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_ die EKT-Serie (Elektrokrampftherapie) bei gleichzeitiger Arbeitstätigkeit der Versicherten als Widerspruch zum Vorliegen einer schweren Depression. Die EKT-Behandlung sei kein Beweis einer fortbestehenden gravierenden Gesundheitsschädigung. Dass die Versicherte nun schon seit August 2010 durchgehend zu 50% arbeite, deute auf eine erreichte Stabilisierung hin. Depressionen seien in der Regel keine Endzustände mit bleibenden Defiziten.

A.g Mit Vorbescheid vom 2. August 2011 kündigte die IV-Stelle der Versicherten an, aufgrund einer verspäteten Anmeldung ab Juni 2010 eine ganze Rente, gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 70%, und ab September bis Dezember 2010, gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 50%, eine halbe Rente zuzusprechen (IV-act. 21). Per 31. Dezember 2010 werde die Rente wieder eingestellt.



## St.Galler Gerichte

A.h Die Versicherte erhob dagegen am 8. August 2011 Einwand mit Begründung am 12. September 2011 (IV-act. 20, 18/1ff.).

A.i Am 22. Dezember 2011 verfügte die IV-Stelle gemäss Vorbescheid (act. G 1.1f.).

B.

B.a Mit Beschwerde vom 18. Januar 2012 (act. G 1) liess die Versicherte durch Fürsprecher lic. iur. Daniel Küng, St. Gallen, beantragen, die angefochtenen Verfügungen seien aufzuheben, soweit sie eine weitergehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin verneinten. Ihr sei eine ganze Invalidenrente ab spätestens Mai 2010 zuzusprechen und zu entrichten. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen und alsdann seien ihr verfügungsweise die beantragten Leistungen zuzusprechen und zu entrichten. Unter gesetzlicher Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Es sei ihr zudem die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und Fürsprecher Küng zu ihrem unentgeltlichen Rechtsbeistand zu ernennen. Die Beschwerden gegen die beiden Verfügungen vom 22. Dezember 2011 seien zu vereinigen. Zur Begründung liess sie insbesondere vorbringen, das Gutachten sei vage. Ein von den Ärzten des Psychiatrischen Ambulatoriums festgestelltes persistierendes schweres depressives Syndrom habe nicht überzeugend ausgeschlossen werden können. Nicht einmal die zugesprochenen Leistungen fänden im Gutachten eine Grundlage, und auch die Ablehnung von weitergehenden Ansprüchen lasse sich damit nicht begründen. Die Beschwerdegegnerin hätte eine Verlaufsbeurteilung veranlassen sollen, da das Gutachten selbst von einer möglichen (positiven) Schwankung in der Zukunft ausgegangen sei. Das Gutachten setze sich nicht mit den seit drei Jahren bestehenden Schlafstörungen und deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auseinander. Für die zweimalige Besserung (August auf September 2010 und Dezember 2010 auf Januar 2011) des Gesundheitszustands liefere das Gutachten keine Begründung. Bei einer Präsenzzeit von 50% und einer Leistung von 30% schöpfe die Beschwerdeführerin ihre verbliebene Restarbeitsfähigkeit bestmöglich aus. Es bestehe daher bereits ab Mai 2010 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, die verspätete Anmeldung sei entschuldbar.



## St.Galler Gerichte

B.b Mit Schreiben vom 26. Januar 2012 hielt die Beschwerdeführerin nicht mehr am Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverteiständung fest (act. G 4).

B.c Am 1. März 2012 liess der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zwei Berichte von med. pract. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 6. und 27. Februar 2012 zukommen, welche der Beschwerdegegnerin am 8. März 2012 zur Kenntnisnahme zugestellt wurden (act. G 7f.).

B.d Mit Beschwerdeantwort vom 29. Februar 2012 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (act. G 9). Zur Begründung verwies sie auf die Ausführungen von Dr. H.\_\_\_\_ und führte im Wesentlichen an, das im Recht liegende Gutachten halte der bundesgerichtlichen Rechtsprechung stand. Eine leichte depressive Episode sei im Übrigen nach gefestigter Rechtsprechung grundsätzlich nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen. Dass das der Beschwerdeführerin verordnete Antidepressivum (Temesta) nicht habe nachgewiesen werden können, spreche dafür, dass die Beschwerdeführerin sich selbst nicht als besonders depressiv oder sonst wie psychisch beeinträchtigt erlebe. Bei einer auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation gründenden Leistungseinschränkung liege keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Aus all diesen Gründen sei die Beschwerdeführerin aus IV-rechtlicher Sicht wohl eher als voll arbeitsfähig zu betrachten. Der Rentenanspruch könne aufgrund der Anmeldung am 24. Dezember 2009 nicht bereits ab Mai 2010 entstehen.

B.e Mit Replik vom 29. März 2012 hielt die Beschwerdeführerin an ihrem bisherigen Standpunkt fest und reichte einen Bericht von med. pract. I.\_\_\_\_ vom 22. März 2012 ein (act. G 13). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G 15).

### **Erwägungen:**

1.

Den Verfügungen vom 22. Dezember 2011 liegt derselbe Sachverhalt zugrunde und es stehen sich dieselben Parteien gegenüber. In der ersten Verfügung wurden Leistungen vom 1. Juni bis 31. August 2010 zugesprochen, in der zweiten solche vom



1. September bis 31. Dezember 2010. Der Verfügungsteil 2 hat allerdings die gesamten (abgestuften) Leistungen vom 1. Juni bis 31. Dezember 2010 sowie die Renteneinstellung per 31. Dezember 2010 zum Gegenstand (act. G 1.1). Insofern rechtfertigt sich eine gemeinsame Behandlung beider Verfügungen in einem Verfahren.

2.

2.1 Zu prüfen sind Beginn und Höhe des Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin.

2.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG) und kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinn von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozialpraktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 2 des IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so



besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt, was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c, je mit Hinweisen).

3.

3.1 Zu klären ist vorweg die Frage, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erlaubt. Für die Bemessung des Invaliditätsgrads stützte sich die Beschwerdegegnerin insbesondere auf das psychiatrische Gutachten von med. pract. G.\_\_\_\_ (IV-act. 29) und ging von einer ab Januar 2011 bestehenden Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und einer adaptierten Tätigkeit von ca. 30% aus, welche bei adäquater psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung auf unter 20% reduziert werden könne. Für die Zeit davor stellte sie auf die echtzeitlichen medizinischen Berichte der behandelnden Ärzte ab.

3.2 Seit der ersten stationären Behandlung in der Klinik D.\_\_\_\_ (26. Mai bis 1. September 2009) konnte die Beschwerdeführerin ihr Arbeitspensum den Akten



zufolge nie auf über 50% steigern (IV-act. 64, 59, 45/5). Allerdings wurde insbesondere nach dem zweiten stationären Aufenthalt in der Klinik D.\_\_\_\_ (29. Dezember 2009 bis 30. April 2010) für einen langsamen beruflichen Wiedereinstieg eine vorsichtig-günstige Prognose gestellt und zumindest eine teilweise Remission der schweren depressiven Erkrankung erreicht (IV-act. 59, 45). Dr. C.\_\_\_\_ berichtete gegen Ende des stationären Aufenthalts über eine nach wie vor bestehende leichte depressive Symptomatik mit deutlich verminderter Belastbarkeit und Stressresistenz, vermindertem Antrieb, schneller Ermüdbarkeit, eingeschränkter Konzentrationsfähigkeit, Ängsten, hohem Leistungsdenken und Schlafstörungen, Angabe von rezidivierenden Schmerzen in den Zehengrundgelenken und in den Fersen beidseits unklarer Genese (IV-act. 59/3). Entsprechend nahm die Beschwerdeführerin die Arbeit auch gleich nach Beendigung des stationären Aufenthalts im Mai 2010 im Rahmen von 30% wieder auf und steigerte das Pensum auf 50% (bei einer Leistungsminderung um 25%; IV-act. 41). Auch zum Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung am 17. Januar 2011 bei med. pract. G.\_\_\_\_ hatte die Beschwerdeführerin dieses Pensum inne. Die psychiatrische Gutachterin diagnostizierte – wie alle behandelnden Ärzte – eine rezidivierende depressive Störung, allerdings gegenwärtig eine leichte bis allenfalls mittelgradige depressive Episode als deutliche Teilremission einer zuvor beschriebenen mittelgradigen bis schweren depressiven Episode. Sie beobachtete zwar eine herabgesetzte Stimmungslage mit Freudlosigkeit sowie eine verminderte emotionale Resonanzfähigkeit, befand jedoch andere psychische Funktionen wie Antrieb, Psychomotorik, kognitive Funktionen einschliesslich der Konzentration und Aufmerksamkeit für unauffällig. Insbesondere wies sie auf eine etwas inkonsistente Beschwerdeschilderung sowie eine Diskrepanz zwischen dem berichteten hohen Gebrauch des Benzodiazepins Temesta (Lorazepam) und den Ergebnissen einer Blutlaboruntersuchung hin, bei der die festgestellte Dosierung von Temesta deutlich unterhalb des therapeutischen Bereichs gelegen habe. Am Anfang des Explorationsgesprächs habe sich eine leidende und müde wirkende Frau gezeigt. Später habe die Beschwerdeführerin aber zunehmend lebendig und aktiv gewirkt. Es entstehe über den Eindruck einer Verdeutlichungstendenz hinausgehend auch teilweise der Eindruck von Aggravation. Zur Krankheitsanamnese lasse sich eruieren, dass die Beschwerdeführerin während der ersten Partnerschaft vor ca. 15 Jahren depressive Beschwerden im Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit ihres Partners entwickelt habe. Diese depressive Symptomatik habe aber nicht zu einer



relevanten Arbeitsunfähigkeit geführt und sei spontan remittiert, ohne dass die Beschwerdeführerin eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen habe. Nachfolgend sei sie über viele Jahre symptomfrei geblieben. Die aktuelle depressive Symptomatik habe nach Angaben der Beschwerdeführerin ihren Anfang vor zwei bis drei Jahren in zeitlichem Zusammenhang mit dem Beginn ihrer Menopause genommen. Vor dem Hintergrund eines langjährigen unerfüllten Kinderwunsches und in Konfrontation mit der zeitgleichen Geburt des zweiten Kindes ihres Bruders sei es bei der Beschwerdeführerin zur Entwicklung von depressiven Symptomen gekommen. Im Juni 2010 sei zwar von einem mittelgradigen bis schweren depressiven Syndrom berichtet worden, aber die Beschwerdeführerin habe vier Wochen Sommerferien im J. \_\_\_ verbracht, was bei einer schweren depressiven Symptomatik nicht möglich gewesen wäre. Daraus schloss die Gutachterin auf eine teilweise Remission der depressiven Symptomatik. Auch die im September 2010 diagnostizierte schwere depressive Symptomatik mit psychotischen Symptomen erscheine nicht ganz nachvollziehbar, da die Beschwerdeführerin zu jenem Zeitpunkt eine Erhöhung des Arbeitspensums von 30% auf 50% vorgenommen habe. Eine Steigerung des Arbeitspensums wäre bei einem persistierenden schweren depressiven Syndrom mit psychotischen Symptomen nicht möglich gewesen. Aus gutachterlicher Sicht sei im Rückblick auf den Zeitraum Frühjahr 2009 bis Herbst 2010 von einem schwankenden Verlauf mit leichten, mittelgradigen und zeitweise auch schweren depressiven Symptomen auszugehen. Ein persistierendes schweres depressives Syndrom könne nicht nachvollzogen werden.

3.3 Aufgrund der Aktenlage lässt sich der Verlauf der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nahtlos eruieren. Eine volle Arbeitsunfähigkeit während der stationären Behandlung in der Klinik D. \_\_\_ vom 26. Mai bis 1. September 2009 ist medizinisch ausgewiesen. Bis zum Zeitpunkt der zweiten stationären Behandlung ab 29. Dezember 2009 erhöhte die Beschwerdeführerin zwar ihr Arbeitspensum sukzessive bis auf 50-60%; insbesondere die Konfrontation mit derselben Abteilung, auf welcher sie zuvor gearbeitet hatte, überforderte sie jedoch und führte zu einer Belastung am Arbeitsplatz mit Scham- und Verlustgefühlen, Traurigkeit, ausgeprägten Ängsten, insbesondere auch Existenzängsten und einer massiven Belastung des Selbstwerts (IV-act. 59/2, 45/5). Dr. C. \_\_\_ ging während des zweiten stationären Aufenthalts davon aus, dass ein langsamer beruflicher Wiedereinstieg bei einer



weiteren stützenden Psychotherapie wahrscheinlich sei, und empfahl eine Tätigkeit als Pflegeassistentin auf einer anderen Abteilung oder auch eine Tätigkeit in anderer Funktion (IV-act. 59/2f.). Die im Rahmen des stationären Aufenthalts erfolgte Entscheidung, nicht an die alte Arbeitsstelle zurückzukehren, habe zu einer deutlichen Erleichterung, Druckabbau und Verbesserung des Zustandsbilds geführt. Zudem wird über eine Zustandsverbesserung durch die Einleitung einer antidepressiven Medikation mit Efexor, Erhöhung des Seroquel sowie unter zusätzlicher Gabe von Temesta berichtet (IV-act. 45/7). Die zunächst zurückhaltende Prognose des RAD erscheint unter diesen Umständen nicht nachvollziehbar, insbesondere da sich die Beschwerdeführerin auf der neuen Station und im neuen Team wohlfühlte und im August 2010 auch eine Erhöhung des Arbeitspensums auf 50% (trotz Leistungsminderung um 25%) erfolgte (IV-act. 44, 41, 37). Der im psychiatrischen Gutachten vom 28. Januar 2011 festgestellte schwankende Verlauf mit leichten, mittelgradigen und zeitweise auch schweren depressiven Symptomen im Zeitraum zwischen Frühjahr 2009 und Herbst 2010 ist damit aus den echtzeitlichen Akten gut ersichtlich. Ausgewiesen ist aber auch eine schrittweise und stetige Verbesserung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit Austritt aus der zweiten stationären Behandlung im April 2010, welche zur Erhöhung des Arbeitspensums im August 2010 führte. Das Gutachten setzt sich mit den echtzeitlichen ärztlichen Berichten auseinander und begründet auch die ab Januar 2011 bestehende Arbeitsunfähigkeit von ca. 30% in nachvollziehbarer Weise anhand der sorgfältig erhobenen Befunde. Auch die von der Beschwerdeführerin geschilderten Schlafstörungen wurden in die Beurteilung einbezogen. Soweit sich der zurzeit behandelnde Psychiater med. pract. I. \_\_\_ zur ambulanten Behandlung ab 1. Februar 2012 äussert, können seine Ausführungen im vorliegenden Verfahren nicht berücksichtigt werden, da diese den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nach Verfügungserlass (22. Dezember 2011) betreffen. Ohnehin verfolgt med. pract. I. \_\_\_ als Arzt mit Behandlungsauftrag in erster Linie einen therapeutischen Ansatz, was seine Sichtweise auch auf die therapeutische Ausrichtung seiner Patientin beschränkt. Demgegenüber betrachtet ein Gutachter seinen Exploranden nach objektiven Kriterien und unter Berücksichtigung der gesamten Aktenlage. Diese Vorgehensweise vermittelt ihm ein umfassenderes, von der subjektiven Wahrnehmung des Exploranden freies Bild zu dessen Arbeitsfähigkeit. Auf die Beurteilung von med. pract. G. \_\_\_ ist abzustellen.



3.4 Eine zu durchschnittlich mindestens 70% bestehende Arbeitsunfähigkeit ist den Akten zufolge seit Mai 2009 ausgewiesen, nachdem während der beiden stationären Behandlungen in der Klinik D.\_\_\_\_ (26. Mai bis 1. September 2009 und 29. Dezember 2009 bis 30. April 2010) keine Arbeitsfähigkeit bestanden hatte, diese während der drei dazwischenliegenden Monate (September bis Dezember 2009) nie auf über 50%, und danach nicht über eine Leistungsfähigkeit von 30% gesteigert werden konnte. Das sogenannte Wartejahr ist somit im Mai 2010 abgelaufen (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Nachdem die Anmeldung zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung im Dezember 2009 erfolgte und der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs entstehen kann (Art. 29 Abs. 1 IVG), liegt der frühestmögliche Rentenbeginn im Juni 2010.

4.

Da die Beschwerdeführerin nach wie vor in ihrer angestammten Tätigkeit als Pflegeassistentin tätig ist und ihr diese Tätigkeit auch weiterhin zumutbar ist, kann als Validen- und Invalideneinkommen ihr Jahreseinkommen 2008 von Fr. 66'356.-- gemäss IK-Auszug für den Einkommensvergleich beigezogen und aufgrund derselben Vergleichsgrösse ein sogenannter Prozentvergleich vorgenommen werden (IV-act. 67, 23). Zudem ist bei der Beschwerdeführerin ein Tabellenabzug vorzunehmen, da sie auf besondere Rücksichtnahme des Arbeitgebers angewiesen ist, im Vergleich zu einer gesunden Pflegeassistentin nicht gleich flexibel eingesetzt werden kann, bei ihr überdurchschnittliche Krankheitsabsenzen resultieren könnten und sie bei Teilzeittätigkeit eher nicht zur Leistung von Überstunden in der Lage ist. Diesen Lohnnachteilen ist mit einem praxisgemäss pauschalen Abzug Rechnung zu tragen. Vorliegend erscheint ein solcher von 10% angezeigt. Damit braucht die ab 1. Juni 2010 erfolgte Zusprache einer ganzen Rente bei einem Invaliditätsgrad von 73% ( $100\% - [30\% \times 0.9]$ ) im Ergebnis nicht beanstandet zu werden. Allerdings kann aus der Steigerung des Arbeitspensums auf 50% im August 2010 nicht auch auf eine Arbeitsfähigkeit von 50% geschlossen werden, zumal seitens des KSSG stets eine Leistung von nur 30% geltend gemacht und ein entsprechender Lohn ausbezahlt wurde. Die im Januar 2011 festgestellte und erst ab Begutachtungszeitpunkt zu berücksichtigende Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf 70%, die bei einem nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 37% ( $100\% - [70\% \times 0.9]$ ) zur Aufhebung der



Rente führt, ist erst ab 1. Mai 2011 anspruchsbeflussend wirksam (Art. 88a Abs. 1 IVV; vgl. auch BGE 133 V 67 E. 4.3.4 mit Hinweisen).

5.

5.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass die Verfügungen vom 22. Dezember 2011 aufzuheben sind und der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. Juni 2010 eine ganze Rente zugesprochen wird. Per 30. April 2011 ist die Rente einzustellen. Zur Festsetzung der Rentenhöhe und Ausrichtung der Leistungen ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

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<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Ein teilweises Obsiegen der Beschwerdeführerin ist einerseits auf die Dreimonatsfrist bei der Berücksichtigung von Änderungen des Anspruchs (Art. 88a Abs. 1 IVV) zurückzuführen, andererseits entfällt die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Abstufung auf eine halbe Rente. Insofern unterliegt die Beschwerdeführerin damit mit ihren Anträgen ermessensweise zu drei Vierteln. Sie hat deshalb einen Anteil an die Gerichtsgebühren von Fr. 450.--, die Beschwerdegegnerin von Fr. 150.-- zu bezahlen. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird an diesen Betrag angerechnet und ihr werden Fr. 150.-- zurückerstattet.

5.3 Dem Ausmass des Obsiegens entsprechend hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Bei vollem Obsiegen wäre – wie in vergleichbaren Fällen – eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- angemessen. Bei einem Obsiegen zu einem Viertel ist die Beschwerdegegnerin folglich zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 875.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.



Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39

VRP **entschieden:**

1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass die Verfügungen vom 22. Dezember 2011 aufzuheben sind und der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. Juni 2010 eine ganze Rente zugesprochen wird. Per 30. April 2011 wird die Rente eingestellt. Die Sache wird zur Festsetzung der Rentenhöhe und Ausrichtung der Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin hat einen Anteil an die Gerichtsgebühren von Fr. 150.--, die Beschwerdeführerin von Fr. 450.-- zu bezahlen. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird an diesen Betrag angerechnet und ihr werden Fr. 150.-- zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 875.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.