



Fall-Nr.: IV 2012/21
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 17.05.2013
Entscheiddatum: 17.05.2013

Entscheid Versicherungsgericht, 17.05.2013

Art. 28a Abs. 3 IVG. Gutachten als beweistauglich qualifiziert und rezidivierende depressive Störung, mittelgradig, als die Arbeitsunfähigkeit begründend anerkannt. Rentenanspruch nach der gemischten Methode bejaht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Mai 2013, IV 2012/21). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgericht 9C_468/2013.

Vizepräsidentin Marie-Theres Rüegg Haltinner, Versicherungsrichterinnen Marie Löhner und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer

Entscheid vom 17. Mai 2013

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Robert Baumann, Waisenhausstrasse 17,
Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



betreffend

Rente

Sachverhalt:

A.

A.a A.____, Jahrgang 1968, meldete sich am 26. September 2006 wegen einer Fibromyalgie, Rheuma, Schmerzen in den Gelenken, Rückenbeschwerden und Müdigkeit zum Bezug von Invalidenleistungen an (act. G 4.1.98). Ihr Hausarzt Dr. med. B.____, Innere Medizin FMH, hielt im Arztbericht vom 30. Oktober 2006 gestützt auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein chronisches cervicocephales Syndrom rechts bei degenerativen Veränderungen der HWS sowie einer fraglichen Fibromyalgie verschiedene Arbeitsunfähigkeiten ab 24. Oktober 2005 fest. Als Nebendiagnose nannte er Migräne. In der jetzigen Tätigkeit sah er eine bleibende Einschränkung von mindestens 20% als gegeben. Eine 100%ige Invalidität bestehe aber ganz klar nicht. Dr. med. C.____, Kantonsspital D.____, der die Versicherte zweimal gesehen habe, habe ihm telefonisch eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestätigt. Die Versicherte selber sei der Meinung, mit Schmerzen zu arbeiten, gehe nicht (act. G 4.1.89).

A.b Gestützt auf eine rheumatologische und eine neurologisch-psychiatrische Untersuchung der Versicherten hielten die Experten des Medizinischen Gutachtenzentrums St. Gallen (MGSG) im Gutachten vom 30. Oktober 2007 für die angestammte Tätigkeit als Putzfrau eine 50%ige Arbeitsfähigkeit und für eine angepasste Tätigkeit eine solche von 75% fest. Sie stützten sich dabei auf die Diagnosen eines primären Fibromyalgie-Syndroms (M 79.0) bei/mit rechtsseitig betonter zervikobrachialer Symptomatik bei segmentaler Funktionsstörung C3/4 bis C5/6, Wirbelsäulenfehlstatik bei Fehlhaltung und muskulärer Dysbalance und allgemeinem Deconditioning-Syndrom mit Haltungsinsuffizienz, eines Karpaltunnelsyndroms (G 56.0), einer Anpassungsstörung mit Angst und Depression bei psychosozialer Belastung (F43.2) und einer undifferenzierten Somatisierungsstörung, Leitsymptom Schmerz (F 45.1; act. G 4.1.79). Der RAD-Arzt Dr. med. E.____ befand das Gutachten mit Stellungnahme vom



St.Galler Gerichte

12. November 2007 für nachvollziehbar, bat die Gutachter jedoch um Korrektur eines Schreibfehlers (act. G 4.1.78). Mit Schreiben vom 7. März 2008 erläuterten diese ihre Aussagen (act. G 4.1.72).

A.c Am 26. Februar 2008 fand eine Haushaltsabklärung statt. Anlässlich dieser gab die Versicherte an, im Gesundheitsfall weiterhin zu einem 70%-Pensum erwerbstätig zu sein, v.a. aus wirtschaftlichen Gründen. Gestützt auf die Abklärung ermittelte der Abklärungsverantwortliche eine Einschränkung im Haushalt von 20% (act. G 4.1.69). Die IV-Stelle berechnete in der Folge einen Invaliditätsgrad von insgesamt 23.5% und stellte der Versicherten mit Vorbescheid vom 10. April 2008 eine Rentenabweisung in Aussicht (act. G 4.1.68). Auf Grund des dagegen erhobenen Einwands der Versicherten vom 9. Mai bzw. 18. Juni 2008 und dem Antrag auf Einholung weiterer medizinischer Berichte vom 19. September 2008 (act. G 4.1.63, 4.1.59, 4.1.56) forderte die IV-Stelle zusätzliche Arztberichte ein (act. G 4.1.55, 4.1.53, 4.1.52, 4.1.49-3ff., 4.1.42). Gemäss Bericht von Dr. med. F.____, Oberarzt mbF des Departements Interdisziplinäre medizinische Dienste, Kantonsspital D.____, vom 18. September 2008 war die Versicherte wegen einer schweren depressiven Entwicklung aktuell sicherlich zu 100% arbeitsunfähig (act. G 4.1.57). Im Arztbericht vom 28. Januar 2009 hielt Dr. F.____ fest, dass die muskulären Beschwerden die körperliche Belastbarkeit einschränkten und insbesondere eine Konstanz der körperlichen Belastbarkeit verhinderten. Er befand eine Arbeitsfähigkeit von ca. 30-60% für zumutbar, wobei die Versicherte die Arbeit nach Massgabe der Beschwerden reduzieren bzw. intensivieren können müsse (act. G 4.1.42).

A.d Ab 24. März 2009 war die Versicherte in Behandlung bei Dr. med. G.____, Oberärztin, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Diese berichtete am 2. Juni 2009, es bestünden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1). Die Beschwerden seien sehr chronifiziert und bislang sei nach Angaben der Versicherten keine Besserung eingetreten. Das Ausmass der verminderten Leistungsfähigkeit beurteile sie mit 100% (act. G 4.1.37).

A.e Am 19. und 21. Oktober 2009 fand eine Verlaufsbeurteilung in der MEDAS Ostschweiz statt. Als Hauptdiagnosen hielten die Experten im Gutachten vom 22.



Dezember 2009 ein chronisches, diffuses, generalisiertes "Hemi-Schmerzsyndrom" rechts mit nicht organoneurologischer Symptomatik, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine depressive Störung, derzeit mittleren Grades mit somatischem Syndrom, fest. Gestützt darauf schätzten sie die Arbeitsfähigkeit spätestens ab März 2009 auf 50%, da die depressive Störung zu diesem Zeitpunkt das Ausmass einer mittelgradigen depressiven Störung erreicht habe, welche sich trotz psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung nicht gebessert habe (act. G 4.1.30-14, 4.1.30-18). Der RAD-Arzt Dr. H.____ befand das Gutachten mit Stellungnahme vom 18. Februar 2009 (richtig wohl: 2010) als nachvollziehbar. Es sei daher bis zum März 2009 von einer 75%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen und danach von einer Arbeitsfähigkeit von 50% in einer angepassten, körperlich leichten Tätigkeit (act. G 4.1.29). Am 5. August 2010 hielt der RAD-Arzt fest, dass aus medizinischer Sicht für den Tätigkeitsbereich im Haushalt ebenfalls eine eindeutige Verschlechterung der Leistungsfähigkeit anzunehmen sei. Da hier - infolge der depressiven Entwicklung - eine allgemeine Minderung der Leistungsfähigkeit vorliege, sei die Arbeitsunfähigkeit im Haushalt ebenfalls auf etwa 50% zu beziffern. Inwieweit von den 50% Arbeitsunfähigkeit im Haushalt gegebenenfalls noch die Mithilfe von Angehörigen zum Abzug zu bringen sei, könne allerdings aus medizinischer Sicht nicht beantwortet werden (act. G 4.1.24). Mit Stellungnahme vom 10. November 2010 bestätigte Dr. H.____ gestützt auf das MEDAS-Gutachten das Vorliegen einer Komorbidität zur somatoformen Schmerzstörung ("depressive Erkrankung") (act. G 4.1.22). Demgegenüber wurde eine solche Komorbidität gemäss interner Aktennotiz vom 14. Februar 2011 durch den Rechtsdienst der IV-Stelle verneint (act. G 4.1.20).

A.f Mit Vorbescheid vom 25. Mai 2011 stellte die IV-Stelle der Versicherten in Aussicht, das Rentenbegehren gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 10% abzulehnen (act. G 4.1.13). Im dagegen erhobenen Einwand vom 20. Juni 2011 berief sich die Versicherte auf den Bericht von G.____ vom 10. Juni 2011, welcher eine psychisch ausgewiesene Komorbidität von erheblicher Schwere und Dauer bejahen würde; die Depression sei nicht als eine Begleiterkrankung der Schmerzstörung zu betrachten (act. G 4.1.11-9ff.).



A.g Am 3. Januar 2012 verfügte die IV-Stelle gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 15% eine Rentenablehnung. Sie liess dabei offen, ob die Versicherte als Gesunde zu 100% erwerbstätig wäre, da selbst in diesem Fall kein rentenauslösender Invaliditätsgrad resultiere (act. G 4.1.5).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 20. Januar 2012 mit dem Begehren um Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Zusprache einer ganzen Invalidenrente ab wann rechtens, allerspätestens ab 1. Oktober 2006. Eventualiter sei in Aufhebung der angefochtenen Verfügung die Streitsache an die Beschwerdegegnerin zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen im Sinn der nachfolgenden Erwägungen zurückzuweisen, damit gestützt auf das Ergebnis dieser Abklärungen neu über die Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin verfügt werde; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung führte sie aus, dass von einem Arbeitsunfähigkeitsgrad in ganz beträchtlichem Ausmass (mindestens 60%) auszugehen sei. Ein Rentenanspruch sei aber auch schon deshalb gegeben, weil sie als Gesunde zu 100% erwerbstätig wäre, was in der angefochtenen Verfügung nun offen gelassen worden sei. Anders als es die Beschwerdegegnerin sehe, sei eine Komorbidität in Bezug auf die depressive Störung klar zu bejahen. Gemäss Dr. G.____ sei in psychischer Hinsicht sogar von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% auszugehen. Sollte dieser Einschätzung nicht gefolgt werden, müsse zumindest auf die MEDAS-Beurteilung abgestellt und ein Arbeitsunfähigkeitsgrad von 50% anerkannt werden. Schliesslich rechtfertige sich beim Einkommensvergleich unter Würdigung sämtlicher Umstände auch ein Abzug vom Tabellenlohn von 25% (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 9. März 2012 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie begründete dies damit, dass die Depression keiner invalidisierenden psychischen Komorbidität entspreche. Sie leite sich aus der bei der Beschwerdeführerin vorhandenen Schmerzstörung ab. Die invalidisierende Wirkung der somatoformen Schmerzstörung müsste sich daher aus den weiteren diesbezüglich relevanten Kriterien ergeben, welche hier nicht erfüllt seien. Zudem sei beim Invalideneinkommen auch kein Abzug vorzunehmen, da die Beschwerdeführerin



als Hilfsarbeiterin selbst beim Wechseln der Branche keinen Nachteilen unterliege (act. G 4).

B.c In der Replik vom 15. Juni 2012 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest (act. G 10).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G 12).

Erwägungen:

1.

1.1 Vorliegend ist streitig, ob die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf Rentenleistungen der Invalidenversicherung hat.

1.2 Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids beziehungsweise im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 E. 1, 126 V 136 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 3. Januar 2012 ergangen (act. G 4.1.5), wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juni 2006, I 428/04, E. 1). Diese übergangsrechtliche Lage zeitigt indessen keine materiellrechtlichen Folgen, da die 5. IV-Revision hinsichtlich des Begriffs und der Bemessung der Invalidität keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis Ende



2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat. Nachfolgend werden die seit 1. Januar 2008 gültigen Bestimmungen des ATSG und IVG wiedergegeben, soweit nicht ausdrücklich auf die altrechtlichen Bestimmungen verwiesen wird.

2.

2.1 Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 ATSG die ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit, es sei denn, eine versicherte Person sei vor dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung nicht erwerbstätig gewesen und es habe ihr auch nicht zugemutet werden können, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. In diesem Fall gilt gemäss Art. 8 Abs. 3 ATSG die Unmöglichkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, als Invalidität. Die Invalidität im Sinn von Art. 8 Abs. 1 ATSG wird durch einen Einkommensvergleich ermittelt (Art. 16 ATSG). Die Methode zur Bemessung der konkreten Unmöglichkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wird vom ATSG nicht geregelt. Diese Lücke füllt Art. 28a Abs. 2 IVG. Es ist darauf abzustellen, in welchem Mass die betreffende Person behindert ist, sich im Aufgabenbereich zu betätigen. Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen Person gelten insbesondere die übliche Tätigkeit im Haushalt, die Erziehung der Kinder sowie gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten (Art. 27 IVV). Die Bestimmung von Art. 28a Abs. 3 IVG regelt die so genannte gemischte Methode der Invaliditätsbemessung bei Personen, die zum Teil erwerbstätig und zum Teil im Aufgabenbereich tätig sind. In einem solchen "gemischten" Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad ist entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen.

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

2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des



Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Rechtsprechungsgemäss kommt einem Gutachten oder anderen medizinischen Beurteilungen schon dann kein voller Beweiswert zu, wenn Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen; es muss nicht feststehen, dass die medizinischen Beurteilungen effektiv nicht den Tatsachen entsprechen, was nicht mit medizinischen Fachpersonen besetzte Behörden in der Regel nicht beurteilen können (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 16. Oktober 2002, I 779/01, E. 4.2).

3.

3.1 Vorab ist zu prüfen, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erlaubt. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung auf das Gutachten des MGSG vom 30. Oktober 2007 (act. G 4.1.79) und der MEDAS Ostschweiz vom 22. Dezember 2009 (act. G 4.1.30).

3.2 Im Gutachten des MGSG vom 30. Oktober 2007 diagnostizierten die Gutachter ein primäres Fibromyalgiesyndrom (M79.0), ein Karpaltunnelsyndrom (G 56.0), eine



Anpassungsstörung mit Angst und Depression bei psychosozialer Belastung (F43.2) und eine undifferenzierte Somatisierungsstörung, Leitsymptom Schmerz (F45.1). Insgesamt wurde die Arbeitsfähigkeit angestammt als Putzfrau mit 50% geschätzt (vollzeitig, reduzierte Leistung) und angepasst (körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit mit Beschränkung des Handeinsatzes über Brust-, Schulter- oder Kopfhöhe auf kurze Sequenzen von maximal einer Minute, vermehrtes Pausenbedürfnis, ohne Nacht- und Schichtarbeit, ohne Kälte, Zugluft und Nässe) mit 75% beurteilt. Als funktionell für den Arbeitsmarkt relevant wurden die psychiatrischen Diagnosen bezeichnet. So sei eine Überwindung des funktionellen Anteils der psychiatrischen Gesundheitsstörung zumindest in Teilen durch "zumutbare Willensanstrengung" möglich. Nach Abzug dieses gutachterlich und medizinisch eingeschätzten und als "überwindbar" angesehenen Beschwerdeanteils bleibe auf Fähigkeitsebene noch eine gering bis mässiggradig ausgeprägte Einschränkung des inhaltlichen Denkens mit Einengung auf das Schmerzerleben, eine intrapsychisch verfestigte Überzeugung, vermehrt müde und vermindert leistungsfähig zu sein, sowie eine nicht zuletzt im Zusammenhang mit dem sekundären Krankheitsgewinn verfestigte psychosoziale Situation (act. G 4.1.79-11ff.). Der RAD-Arzt Dr. E. ___ befand das Gutachten mit Stellungnahme vom 12. November 2007 als nachvollziehbar (act. G 4.1.78). Insgesamt widerspricht es weder den medizinischen Vorakten (vgl. Arztbericht von Hausarzt Dr. B. ___ vom 20. Oktober 2006, act. G 4.1.89), noch bringt die Beschwerdeführerin etwas vor, was darin für die Zeit bis zur Begutachtung grundsätzliche Widersprüche aufzeigen würde. Demzufolge kann darauf abgestellt werden.

3.3 Im Verlaufsgutachten der MEDAS vom 22. Dezember 2009 hielten die Gutachter Dr. med. I. ___, Eidg. Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. J. ___, MEDAS Ostschweiz, Allgemeine Medizin FMH, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. K. ___, Innere Medizin/Rheumatologie FMH, eine Verschlechterung des Gesundheitszustands seit Frühsommer 2009 fest. Ohne vorgängiges Trauma oder eine Überlastung seien lumbale Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in das rechte Bein aufgetreten, verbunden mit einem Einschlafgefühl im ganzen rechten Bein. Eine lumbovertebro-spinale Kernspintomographie von September 2009 habe eine medio-rechtslaterale Diskushernie L5/S1 gezeigt, mit Nervenwurzelirritation S1 rechts rezessal, eine leichte Diskusprotrusion L4/5, Dehydratationen der Bandscheiben L5/S1 > L4/5, mässige Spondylarthrosen der



distalen LWS und Deckplattenkonturirregularitäten LWK2 und 3 bei Status nach M. Scheuermann. Aus psychiatrischer Sicht bestehe seit spätestens März 2009, d.h. seit dem Beginn der Behandlung im Psychiatrischen Zentrum St. Gallen, eine Arbeitsunfähigkeit von 50% auf Grund einer stetigen Verschlechterung der depressiven Störung sowie derzeit einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom. Insgesamt hielten die Gutachter als die Arbeitsfähigkeit einschränkende Hauptdiagnosen ein chronisches, diffuses, generalisiertes "Hemi-Schmerzsyndrom" rechts mit nicht organoneurologischer Symptomatik bei medio-rechtslateraler Diskushernie L5/S1 mit Nervenwurzelirritation S1 rechts rezessal, leichter Diskusprotrusion L4/5, Dehydratation der Bandscheiben L5/S1 > L4/5 und mässiger Spondylarthrosen der distalen LWS (MRI 24.09.2009), bei Bandscheibendehydratation C3/4, leichter Uncovertebralspondylose C3/4 und C4/5, Asymmetrie der Foramina intervertebralia C4/5 (MRI 05.12.03), bei Status nach M. Scheuermann, bei leichter Skoliose, lang- und tiefgezogener BWS-Kyphose, cervikaler Streckhaltung und bei muskulärer Dysbalance/muskulärer Decondition und Haltungsinsuffizienz, sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine depressive Störung, derzeit mittleren Grades mit somatischem Syndrom fest. Insgesamt habe sich eine Ausweitung des subjektiven Beschwerdebilds gezeigt, wobei aktuell keine Hinweise für eine lumboradikuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfallsymptomatik rechts fassbar gewesen seien und die von der Beschwerdeführerin geschilderten Druckdolenzen das Ausmass eines Fibromyalgiesyndroms deutlich überstiegen hätten. Sowohl im gesamten rechten Arm wie im gesamten rechten Bein seien diffuse, nicht segmental oder auf das Ausbreitungsgebiet eines peripheren Nerven begrenzte Dysästhesien/Hypästhesien angegeben worden. Bei der Palpation habe lediglich ein leicht erhöhter Tonus der paravertebralen Muskulatur cervical rechts objektiviert werden können. Bei der Wirbelsäulenbeweglichkeitsprüfung habe einzig eine leicht eingeschränkte Lateralflexion/Quadrantenstellung lumbal rechts festgestellt werden können. Während im psychiatrischen Vorgutachten vom Oktober 2007 die Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht auf 25% festgelegt worden sei, habe der Gutachter aktuell allein aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50% seit spätestens März 2009 (Beginn der Behandlung im Psychiatrischen Zentrum St. Gallen) auf Grund einer stetigen Verschlechterung der depressiven Störung und derzeit mittelgradiger depressiver Episode mit somatischem Syndrom attestiert. Weder anamnestisch noch



in den Akten sei andererseits zu eruieren, dass die depressive Störung das Ausmass einer mittelgradigen Ausprägung überschritten hätte, weshalb auch die Einschätzung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit durch die Kollegen des Psychiatrischen Zentrums St. Gallen nicht nachvollziehbar sei. Die MEDAS-Gutachter attestierten der Beschwerdeführerin sowohl in der zuletzt ausgeführten Berufstätigkeit als Raumpflegerin wie in körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten ohne repetitives Heben/Tragen von Lasten über 7.5 - 10kg, des weiteren ohne Arbeiten in Wirbelsäulenzwangshaltungen bzw. ohne repetitive Wirbelsäulenflexionen/-extensionen gesamthaft und unter Berücksichtigung aller gesundheitsbeeinträchtigenden Aspekte eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit seit spätestens März 2009. Zudem hielten die Experten fest, dass es sich beim Leiden der Beschwerdeführerin um eine somatoforme Schmerzstörung mit einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere und Dauer handle, nämlich um eine mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom, welche die zumutbare Willensanstrengung der Beschwerdeführerin zumindest teilweise beeinträchtigt und daher zu einer Arbeitsunfähigkeit von 50% führe. Es bestehe eine "Flucht in die Krankheit", doch diese sollte auf Grund der vorhandenen emotionalen Ressourcen der Beschwerdeführerin noch psychotherapeutisch angebar sein und dies könne daher zu einer Verbesserung des Zustands führen (act. G 4.1.30.14ff.). Mit Stellungnahme vom 18. Februar 2010 beurteilte RAD-Arzt Dr. H.____, dass dem Gutachten gefolgt werden könne. Da die Prognose auch bei Intensivierung der Psychotherapie ungewiss bis ungünstig sei, könne eine entsprechende Auflage aus medizinischer Sicht nicht empfohlen werden (act. G 4.1.29).

3.4 Dagegen bringt die Beschwerdeführerin gestützt auf den Bericht von Dr. G.____ vom 2. Juni 2009 (act. G 4.1.37) vor, seit Sommer 2006 zu 100% arbeitsunfähig zu sein. Dieser Auffassung kann jedoch nicht gefolgt werden. Einerseits begann die ambulante Behandlung durch die Psychiaterin Dr. G.____ erst im März 2009, weshalb sie sich für den Beginn ihrer Arbeitsunfähigkeitsschätzung nicht auf eigene Untersuchungen stützen konnte. Der Hausarzt Dr. B.____ ging im Bericht vom 30. Oktober 2006 grundsätzlich in Übereinstimmung mit dem Rheumatologen Dr. C.____ f von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit aus (act. G 4.1.89). Zudem lässt sich gemäss dem psychiatrischen MEDAS-Gutachter Dr. I.____ eine über das Mass von 50% bestehende Arbeitsunfähigkeit nicht begründen. Vielmehr wäre eine solche eher auf nicht-



invalidisierende Faktoren zurückzuführen wie psychosoziale Belastungen (mangelnde Sprachkenntnisse, sozialer Abstieg durch Hilfsarbeiter-Tätigkeiten sowohl bei ihr als auch bei ihrem Ehemann, welche beide im Besitz eines Hochschuldiploms aus der Heimat seien) und die bestehenden Konflikte, nicht zuletzt mit der Emigrationsproblematik, welche nicht invalidisierend seien (act. G 4.1.30-27).

Schliesslich ging auch der Palliativmediziner Dr. F.____ im Bericht vom 28. Januar 2009 davon aus, dass die angestammte Tätigkeit im zeitlichen Rahmen von ca. 30% bis 60% noch zumutbar sei, wenn die Beschwerdeführerin die Arbeit nach Massgabe der Beschwerden reduzieren bzw. intensivieren könne (act. G 4.1.42-3). Gesamthaft ist auf Grund des nachvollziehbaren MEDAS-Gutachtens sowie gestützt auf die übrigen medizinischen Akten hinsichtlich der Zumutbarkeit und Überwindbarkeit der psychischen Beeinträchtigungen davon auszugehen, dass es der Beschwerdeführerin zwar zumutbar ist, ihre Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung zumindest teilweise zu überwinden, ihre Leistungsfähigkeit krankheitsbedingt aber anfänglich zu 25% und später zu 50% eingeschränkt war.

4.

4.1 Grundsätzlich bedarf es für die Annahme eines invalidisierenden Gesundheitsschadens einer fachärztlichen, lege artis auf die Vorgaben eines Klassifikationssystems abgestützten Diagnose. Im Rahmen der freien Beweiswürdigung darf sich dabei die Verwaltung - und im Streitfall das Gericht - weder über die den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-)Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Die rechtsanwendenden Behörden haben mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, die vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich seien. Wo psychosoziale Einflüsse das Bild prägen würden, sei bei der Annahme einer rentenbegründenden Invalidität Zurückhaltung geboten (Urteil des Bundesgerichts vom 30. März 2011, 9C_1041/2010, E. 5.1 mit Hinweisen). Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung kann auch die Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode



eine Invalidität begründen (Urteile des Bundesgerichts vom 30. März 2011, 9C_1041/2010, E. 5.2, und vom 20. Juni 2011, 9C_980/2010, E. 5.3).

4.2 Der Gesetzgeber hat im Rahmen der 6. IV-Revision deutlich hervorgehoben, dass depressive Leiden invalidenversicherungsrechtlich (weiterhin) relevant sind und nicht als pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder gelten (vgl. Votum Kleiner Marianne ["Nicht dazu gehören diagnostizierte Depressionen, ..."], sowie diverse Voten Burkhalter Didier ["ne sont pas et ne seront jamais concernées par cette disposition les maladies telle que la dépression, ..."], Amtliches Bulletin Nationalrat, 16. Dezember 2010, AB 2010 N 2117 ff.; vgl. auch Amtliches Bulletin Ständerat, 1. März 2011, AB 2011 S. 39 f.). Es widerspricht damit dem klaren Willen des Gesetzgebers, wenn eine - sich auf ein klinisch festgestelltes depressives Leiden zurückzuführende - gutachterlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit vom Rechtsanwender bloss unter Hinweis auf das gleichzeitige Vorliegen eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Leidens korrigiert und als invalidenversicherungsrechtlich irrelevant erklärt wird. Dies gilt insbesondere dann, wenn nach der gutachterlichen Einschätzung die depressive Störung von ihrer Schwere und Ausprägung her deutlich über eine blosse Begleitsymptomatik zu einem syndromalen Krankheitsbild hinausgeht. Ein Ausschluss depressionsbedingter Arbeitsfähigkeitsbeeinträchtigungen widerspricht unter solchen Umständen dem gesetzgeberischen Willen. Danach ist nicht die Ursache des depressiven Leidens für die Frage nach Rentenleistungen entscheidend - was mit einer finalen Sozialversicherung wie der IV auch nicht vereinbar wäre -, sondern einzig, ob ein klinisch festgestellter psychischer Gesundheitsschaden - wie etwa eine Depression - vorliegt (vgl. Votum Burkhalter Didier, Amtliches Bulletin Nationalrat, a.a.O. AB 2010 N 2122: "Toutes celles qui peuvent être clairement établies au moyen d'examens cliniques, c'est-à-dire psychiatriques, en seront pas concernées, soit - je cite à nouveau pour que ce soit vraiment clair - la dépression, ..." sowie Votum Kleiner Marianne, Amtliches Bulletin Nationalrat, a.a.O., AB 2010 N 2118 f.: "Es handelt sich nicht um Beschwerdebilder, bei denen gestützt auf klinische oder auch psychiatrische Untersuchungen eine klare Diagnose gestellt werden kann ... z. B. Depressionen, ..."). Was Auslöser der depressiven Erkrankung war - sei es nun eine Hirnschädigung, ein psychosozialer Umstand, ein Unfall oder Schmerzen -, ist deshalb für die Bestimmung der dadurch verursachten Arbeitsfähigkeitsbeeinträchtigung invalidenversicherungsrechtlich irrelevant. Gleiches gilt bei Vorliegen weiterer



(Schmerz-)Krankheiten. Vor diesem Hintergrund fehlt dem Bestreben, selbstständig diagnostizierte depressive Leiden - wie das vorliegend zu beurteilende - von Schmerzsyndromen konsumieren zu lassen, die gesetzliche Grundlage. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeitsschätzung der MEDAS-Gutachter kann ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass sie der zumutbaren Willensanstrengung zur Verrichtung einer Erwerbstätigkeit trotz Gesundheitsbeeinträchtigung, wie sie der Schadenminderungspflicht entspringt, genügend Rechnung trägt.

4.3 Im Gutachten des MGSG hatten die damaligen Gutachter noch ausgeführt, dass angesichts der vorhandenen Ressourcen eine Überwindung des funktionellen Anteils der psychiatrischen Gesundheitsstörung zumindest in Teilen durch "zumutbare Willensanspannung" möglich sei. Nach Abzug dieses gutachterlich und medizintheoretisch eingeschätzten und als "überwindbar" angesehenen Beschwerdeanteils bleibe auf Fähigkeitsebene noch eine gering bis mässiggradig ausgeprägte Einschränkung des inhaltlichen Denkens mit Einengung auf das Schmerzerleben, eine intrapsychisch verfestigte Überzeugung, vermehrt müde und vermindert leistungsfähig zu sein, sowie eine nicht zuletzt im Zusammenhang mit dem sekundären Krankheitsgewinn verfestigte psychosoziale Situation, welche der psychiatrische Gutachter auf 25% schätzte (act. G 4.1.79-12). Wenn nun im zweiten Gutachten eine quantitative Beeinträchtigung von 50% attestiert wurde, so ist davon auszugehen, dass die Gutachter wiederum strikt nur jenen Tatsachen Rechnung trugen, welche medizinisch-theoretisch von Relevanz sind und die Leistungsfähigkeit trotz zumutbarer Willensanstrengung in einem gewissen Ausmass einschränken. Es besteht also keine Veranlassung, die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter als nicht überzeugend zu qualifizieren. Wie auch Dr. G.____ im Bericht vom 10. Juni 2011 ausführte, sei sie nach zweijähriger ambulanter Behandlung der Beschwerdeführerin zum Schluss gekommen, dass die rezidivierende depressive Störung als Erstdiagnose zu setzen sei. Der Beginn der Erkrankung liege gestützt auf die Aussagen der Beschwerdeführerin mindestens im Jahr 2005. Schon lange bevor die Schmerzen eingesetzt hätten, habe sie unter häufigen depressiv ausgerichteten Stimmungsschwankungen gelitten, habe zu einer Grübeltendenz, zu Konzentrations- und Schlafstörungen geneigt (act. G 4.1.11-9). Damit ist die Beschwerdeführerin anfänglich als zu 75% und später als zu 50% arbeitsfähig in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu qualifizieren. Im bidisziplinären Gutachten vom 30. Oktober 2007 wird der



Beginn der 25%igen Arbeitsunfähigkeit auf mindestens Oktober 2006 festgesetzt (act. G 4.1.79-11). Gestützt auf die gutachterliche Beurteilung der MEDAS vom 22. Dezember 2009 ist sodann spätestens ab März 2009 von einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten auszugehen (act. G 4.1.30-19).

5.

5.1 Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 125 V 150 E. 2c). Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind nach der Rechtsprechung die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügung entwickelt hätten, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 125 V 150 E. 2c; BGE 117 V 194 f. E. 3b mit Hinweisen; AHI 1997 S. 288 ff. E. 2b, AHI 1996 S. 197 E. 1c, je mit Hinweisen). Wie die Beschwerdeführerin anlässlich der Haushaltsabklärung vom 26. Februar 2008 angab, ist davon auszugehen, dass sie im Gesundheitsfall weiterhin zu 70% erwerbstätig geblieben wäre. Dies vor allem aus wirtschaftlichen Gründen, da die finanzielle Situation angespannt sei, der Ehemann ebenfalls einen bescheidenen Lohn erziele und die Ausbildung der drei Kinder koste. Zurzeit könnten sie sich kein Auto leisten (vgl. act. G 4.1.69-2). Demgegenüber kann einzig auf Grund der Behauptung der Beschwerdeführerin in der Beschwerde vom 20. Juni 2012 bzw. bereits im Einwand vom 18. Juni 2008 (act. G 1, G4.1.59-6f.), bei Gesundheit spätestens im Zeitpunkt, ab welchem alle Kinder (Jahrgänge: 1989, 1990 und 1994) die Schule abgeschlossen hätten, einer vollen Erwerbstätigkeit nachzugehen, da sie immer schon gerne gearbeitet habe und weil dies die Lebenskosten der fünfköpfigen Familie erforderten, nicht abgestellt werden. Konkrete Anhaltspunkte, welche eine solche Pensumserhöhung als überwiegend wahrscheinlich untermauern würden, fehlen ganz. Somit ist von einer Aufteilung Erwerbstätigkeit/Haushalt von 70% / 30% auszugehen.



5.2 Gemäss Auskunft der ehemaligen Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin hätte diese im Jahr 2008 für ihr 70%-Pensum einen Jahreslohn von Fr. 40'000.-- (inkl. Nacht-, Wochenend- und Ruhetagszulagen) verdient (act. G 4.1.58). Das Invalideneinkommen für Hilfsarbeiterinnen auf der Grundlage des Jahres 2008 beträgt gestützt auf die LSE-Tabellenlöhne, Anforderungsniveau 4, Fr. 51'368.-- bzw. bei einem Arbeitspensum von 70% (Fr. 35'957.60) und unter Berücksichtigung einer 75%igen Arbeitsfähigkeit Fr. 26'968.20. Der von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung zugestandene Abzug vom Tabellenlohn von 10% auf Grund der auf körperlich leichte Tätigkeiten beschränkten zumutbaren Hilfsarbeitertätigkeiten (aus rheumatologischer Sicht: körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit, Beschränkung des Handeinsatzes über Brust-, Schulter- oder Kopfhöhe auf kurze Sequenzen von maximal einer Minute beschränkt, vermehrtes Pausenbedürfnis, keine Nacht- und Schichtarbeit, keine Kälte, Zugluft und Nässe, vgl. act. G 4.1.79-11), kann berücksichtigt werden. Jedoch sind keine weiteren Einschränkungen ersichtlich, die lohnmässig zusätzlich ins Gewicht fallen würden. Insbesondere führen auch die fehlende Berufserfahrung und eine lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt bei Hilfsarbeitertätigkeiten zu keinen Lohneinbussen. Damit ergibt sich unter Berücksichtigung eines Abzugs von 10% ein Betrag von Fr. 24'271.40 (Fr. 26'968.20 - Fr. 2'696.80) bzw. eine Erwerbseinbusse von Fr. 15'728.60 (Fr. 40'000.-- - Fr. 24'271.40). Daraus resultiert ein ungewichteter Teilinvaliditätsgrad von 39.3% ($[(Fr. 15'728.60 / Fr. 40'000.--) \times 100]$) bzw. gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ein auf das 70%ige Erwerbsspensum bezogener Teilinvaliditätsgrad von 27.51% ($39.3\% \times 0.7$).

5.3 Das Valideneinkommen betrug schliesslich ab März 2009 angepasst an die Nominallohnentwicklung von 2.1% Fr. 40'840.--. Für das Invalideneinkommen resultiert gestützt auf den LSE-Tabellenlohn 2009 von Fr. 52'457.-- bei einem 70%-Pensum (Fr. 36'719.90) und unter Berücksichtigung einer Restarbeitsfähigkeit von 50% (Fr. 18'359.95) bei einem weiterhin unveränderten Abzug von 10% auf Grund der Beschränkung auf körperlich leichte Tätigkeiten ein Betrag von Fr. 16'523.95 und in der Folge eine Erwerbseinbusse von Fr. 24'316.05 (Fr. 40'840.-- - Fr. 16'523.95). Damit ergibt sich ein ungewichteter Teilinvaliditätsgrad von 59.53% ($[(Fr. 24'316.05 / Fr. 40'840.--) \times 100]$) bzw. ein gewichteter von 41.67 (59.53×0.7).



5.4 Hinsichtlich der Einschränkung im Haushalt fand am 26. Februar 2008 eine Abklärung vor Ort statt (act. G 4.1.69). Gemäss dem Abklärungsbericht vom 31. März 2008 wurde eine Einschränkung von 20% ermittelt, welche jedoch von der Beschwerdeführerin mit der Begründung, sich körperlich sehr schwach zu fühlen, beanstandet wurde. Demgegenüber fehlen konkrete Anhaltspunkte für eine Nicht- bzw. Falschberücksichtigung der Angaben der Beschwerdeführerin durch den Abklärungsverantwortlichen. Zudem zeigt sich der Berichtstext als plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sowie in Übereinstimmung stehend mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben (vgl. in der Amtlichen Sammlung nicht veröffentlichte, aber in AHI 2003 S. 218 publizierte E. 2.3.2 des Urteils BGE 129 V 67 [I 90/02 vom 30. Dezember 2002]; BGE 128 V 93). Damit beträgt der gewichtete Teilinvaliditätsgrad im Haushaltsbereich im Jahr 2008 bei einem 30%igen Anteil 6% ($30\% \times 0.2$).

5.5 Wie der Abklärungsverantwortliche gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 22. Dezember 2009 und die RAD-Stellungnahme vom 5. August 2010 festhielt (vgl. 4.1.30, G 4.1.24), war ab März 2009 für den Haushaltsbereich grundsätzlich von einer Einschränkung von 50% auszugehen. Damit stelle sich die Frage einer weiteren Abklärung an Ort und Stelle (AOS) nicht. In Bezug auf die Schadenminderungspflicht zu Lasten der Familienangehörigen sei in Anlehnung an den ermittelten Zeitaufwand im Haushalt von 6.4 Stunden/Tag 12 - 15% anzurechnen, weshalb eine Einschränkung von 37.5% akzeptiert werde. Damit ergebe sich eine Invalidität im Haushalt von 11.25% (Stellungnahme vom 21. Februar 2011, act. G 4.1.19). Wiederum ergeben sich keine Anhaltspunkte, welche gegen die Herleitung bzw. Bemessung der Einschränkung im Haushalt sprechen würden, zumal gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sowohl dem Ehemann wie auch den drei sich im Teenageralter befindenden Kindern eine gewisse Mithilfe im Haushalt zumutbar ist (vgl. zur Schadenminderungspflicht durch Mithilfe von Familienangehörigen: BGE 133 V 509). Demzufolge ist von einer gewichteten Teilinvalidität im Haushaltsbereich ab März 2009 von 11.25% auszugehen.

5.6 Damit resultiert gestützt auf die Arbeitsunfähigkeit von 25% (spätestens ab Oktober 2006) ein auf Grund der gemischten Methode eruiertes rentenausschliessender Invaliditätsgrad von aufgerundet 34% ($6\% + 27.51\%$). Ab März 2009 ergeben die gewichteten Teilinvaliditätsgrade eine Gesamtinvalidität von aufgerundet 53% (11.25%



+ 41.67%). Laut BGE 130 V 102 E. 3.4 ist die für den Rentenbeginn massgebende Arbeitsunfähigkeit in analoger Weise zu der im Rahmen der gemischten Methode ermittelten Invalidität festzulegen. Dies bedeutet, dass für den erwerblichen Anteil die Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Beruf und für den Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich die diesbezügliche Arbeitsunfähigkeit zu ermitteln ist, wobei die medizinischen Stellungnahmen als Grundlage dienen. Die resultierenden Werte sind entsprechend der Invaliditätsbemessung nach der spezifischen Methode mit dem auf den jeweiligen Bereich entfallenden Prozentsatz zu gewichten und anschliessend zu addieren. Dadurch ergibt sich die für die Bestimmung des Rentenbeginns gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG massgebende Arbeitsunfähigkeit. Nachdem die Beschwerdeführerin bereits gemäss dem MEDAS-Gutachten vom 30. Oktober 2007 in der angestammten Tätigkeit als Putzfrau zu 50% arbeitsunfähig war (act. G 4.1.79-13) und sie in der Haushaltstätigkeit auf Grund der körperlichen Beschwerden daraus abgeleitet ebenfalls überwiegend wahrscheinlich aus medizinisch-theoretischer Sicht zu mindestens 40% eingeschränkt war, ist der Beginn des Anspruchs auf eine halbe Rente auf den 1. März 2009 festzusetzen.

6.

6.1 Nach dem Gesagten ist in teilweiser Gutheissung der Beschwerde die Verfügung vom 3. Januar 2012 aufzuheben und der Beschwerdeführerin eine halbe Rente ab März 2009 zuzusprechen.

6.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend sind sie vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihr zurückzuerstatten.

6.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die bezüglich Rentenzusprache im Grundsatz 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 (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Im hier zu beurteilenden Fall erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine Parteienschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 3. Januar 2012 aufgehoben und der Beschwerdeführerin ab März 2009 eine halbe Rente zugesprochen.
2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteienschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.